Banner
University Care Advantage

2021
Evidencia de Cobertura

Cochise | Gila
Graham | Greenlee
La Paz

Medicare Advantage HMO SNP

H4931_EOC001CY21_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios de Salud y Cobertura para Medicamentos Recetados de Medicare como miembro de Banner – University Care Advantage HMO SNP

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

Este plan, Banner – University Care Advantage, es ofrecido por Banner – University Care Advantage. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos", o "nuestro/a", hace referencia a Banner – University Care Advantage. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Banner – University Care Advantage).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de nuestro Centro de Atención al Cliente al (877) 874-3930. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.

Este documento podría estar disponible en otros formatos, incluyendo Braille, letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener información adicional, llame a nuestro número de Centro de Atención al Cliente al (877) 874-3930 (TTY: Llamen al 711).

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

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

Banner – University Care Advantage es una (HMO SNP) cumple con leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (877) 874-3930 (TTY: 711).

H4931_EOC001CY21_C File & Use 9/25/2020

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

Evidencia de Cobertura

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este documento. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 20

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Banner – University Care Advantage) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos..... 37

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 55

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D 109

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para

determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos recetados. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D 134

Explica las 4 etapas de la cobertura para medicamentos (*Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 154

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 162

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 174

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

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

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 239

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

Capítulo 11. Avisos legales 250

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

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 254

Explica los términos clave utilizados en este documento.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción ... 7

Sección 1.1 Está inscrito en Banner – University Care Advantage, que es un Plan de Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales ... 7

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento *Evidencia de Cobertura*? ... 8

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* ... 8

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? ... 9

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad ... 9

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? ... 9

Sección 2.3 ¿Qué es AHCCCS (Medicaid)? ... 10

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para Banner – University Care Advantage ... 10

Sección 2.5 Ciudadanía estadounidense o presencia legal ... 11

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? ... 11

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados y la atención cubiertos ... 11

Sección 3.2 *Directorio de Proveedores:* su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan ... 12

Sección 3.3 *Directorio de Farmacias:* su guía para conocer las farmacias de nuestra red ... 13

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan ... 13

Sección 3.5 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos recetados de la Parte D ... 14

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Banner – University Care Advantage ... 14

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? ... 14

Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? ... 16

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan ... 16

Sección 5.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted ... 16

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 17

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 17

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan..... 17

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?..... 17

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en Banner – University Care Advantage, que es un Plan de Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales

Usted está cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid):

- **Medicare** es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas de menos de 65 años con discapacidades específicas y para personas que padecen de enfermedad renal en etapa final (insuficiencia al riñón).

- **AHCCCS (Medicaid)** es un programa del gobierno federal en conjunción con el gobierno estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas de recursos e ingresos limitados. La cobertura de Medicaid varía dependiendo del estado y del tipo de Medicaid que usted tenga. En Arizona, el programa Medicaid se llama Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés). Algunas personas con AHCCCS (Medicaid) obtienen ayuda para pagar sus primas y costos de Medicare. Otras personas reciben también cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no se encuentran cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Banner – University Care Advantage (B – UCA).

Existen diferentes tipos de planes médicos de Medicare. Banner – University Care Advantage es un plan especializado Medicare Advantage (un "Plan de Necesidades Especiales" de Medicare), es decir que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Banner – University Care Advantage está diseñado específicamente para personas que cuentan con Medicare y que además tienen derecho a recibir asistencia de AHCCCS (Medicaid).

Ya que recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid) con su costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro) es posible que no pague nada por sus servicios de cuidado de salud de Medicare. AHCCCS (Medicaid) podría proporcionar además otros beneficios para usted al cubrir sus servicios de atención médica que usualmente no son cubiertos por Medicare. Usted recibirá además "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de receta de Medicare. Banner – University Care Advantage ayudará a manejar todos estos beneficios por usted, para que así reciba los servicios de cuidado de salud y asistencia de pago a los cuales tiene derecho.

Banner – University Care Advantage es ofrecido por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes de salud Advantage de Medicare, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan tiene además un contrato con el programa Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Estamos encantados de brindarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluyendo su cobertura de medicamentos de receta.

La cobertura según este plan califica como Cobertura de Salud que Reúne los Requisitos (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Interno (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

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

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados a su disposición como miembro de Banner – University Care Advantage.

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

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

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Banner – University Care Advantage, desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.

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

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

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

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- --*y*-- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.4, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- --*y*-- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.
- --*y*-- Reúne requisitos de elegibilidad especiales, según se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de personas que reciben ciertos beneficios de AHCCCS (Medicaid). (AHCCCS (Medicaid) es un programa del gobierno federal en conjunción con el gobierno estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas de recursos e ingresos limitados.) Para ser elegible para nuestro plan, usted debe calificar para Medicare y para beneficios completos de AHCCCS (Medicaid).

Tenga presente: Si usted pierde su elegibilidad, pero es razonable esperar que recupere su elegibilidad dentro de 6 meses, entonces usted es todavía elegible para ser miembro de nuestro plan (capítulo 4, Sección 2.1 le explica sobre la cobertura durante un período de elegibilidad considerada continua).

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

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).

- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un doctor, terapia mediante infusiones caseras y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como suministros y equipo doctor duradero (DME).

Sección 2.3 ¿Qué es AHCCCS (Medicaid)?

AHCCCS (Medicaid) es un programa del gobierno federal en conjunción con el gobierno estatal que ayuda con costos médicos y de cuidado a largo plazo para ciertas personas de recursos e ingresos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados pueden decidir también cómo manejar su programa mientras sigan las regulaciones federales.

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

Usted puede inscribirse en este plan si se encuentra en una de estas categorías de Medicaid:

- **Beneficiario de Medicare Calificado Plus (QMB+):** AHCCCS Medicaid proporciona cobertura integral de Medicaid y paga las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como los deducibles, el coseguro, y los copagos). Puede que todavía tenga copagos para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos Plus (SLMB+):** AHCCCS Medicaid proporciona cobertura integral de Medicaid y paga su prima de la Parte B. Por lo general, si su servicio o beneficio está cubierto por Medicare y Medicaid, su costo compartido es pagado por Medicaid. Puede que tenga costos compartidos para servicios o beneficios no cubiertos por Medicaid.
- **Beneficiario Doble Elegible con Beneficios Completos (FBDE):** AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura de Medicaid integral y paga su prima de la Parte B. Por lo general, si su servicio o beneficio está cubierto por Medicare y Medicaid, su costo compartido es pagado por Medicaid. Usted puede tener costo compartido para servicios o beneficios no cubiertos por Medicaid.

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para Banner – University Care Advantage

Aunque Medicare es un programa federal, Banner – University Care Advantage se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestras áreas de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Cochise, Gila, Graham, Greenlee, La Paz.

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

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

Sección 2.5 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

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

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

MUESTRA (Frontal) MUESTRA (posterior)

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras es miembro en este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de membresía de Banner – University Care Advantage, puede que tenga que pagar el costo total de servicios usted mismo.

Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Puede que se le pida presentarla si necesita servicios de hospital, servicios paliativos, o participar en estudios de investigación de ruina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si, mientras sea miembro del plan, utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Banner – University Care Advantage, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

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

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

El *Directorio de Proveedores* enumera los proveedores de la red y abastecedores de equipo médica duradero de nuestra red. Aquellos que no aceptan AHCCCS (Medicaid) son identificados con un indicador explicado en el pie de página.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los doctores y otros profesionales de la salud, grupos médicos, abastecedores de equipo doctor duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de proveedores y suministradores está disponible en nuestro sitio web en www.BannerUCA.com.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Banner – University Care Advantage autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una a través de nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). En nuestro Centro de Atención al Cliente, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede ver el *Directorio de Proveedores* en www.BannerUCA.com o descargarlo de este sitio web. Tanto nuestro Centro de

Atención al Cliente como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

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

¿Qué son las "farmacias de la red"?

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

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

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

Si usted no dispone de su copia del *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia de nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.BannerUCA.com.

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de Medicamentos" para abreviarla. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Banner – University Care Advantage. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos de receta se encuentran cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). La Lista de Medicamentos le indica cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos bajo AHCCCS (Medicaid).

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de doctores y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Banner – University Care Advantage.

La Lista de Medicamentos le informa si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan

(www.BannerUCA.com) o llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

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

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que gastó, o que gastaron otros en su nombre, en medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, tal como aumento de precio y otros medicamentos con bajo costo compartido que pueden estar disponibles. Debe consultar con su prescriptor sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6, (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de Beneficios* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

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

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Banner – University Care Advantage

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

No es necesario que pague por separado la prima mensual de Banner – University Care Advantage. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por AHCCCS (Medicaid) o un tercero).

En algunos casos, la prima del plan podría ser <u>mayor</u>

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos recetados “válida”. (“Válida” significa que se espera

que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de la prima estará constituida por la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

- Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.
- Si pierde su "Ayuda Adicional", usted podría estar sujeto a la multa por inscripción tardía si tiene un periodo de 63 días o más consecutivos sin cobertura de medicamentos recetados válida.
- Si se le requiere pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos recetados válida o de la Parte D.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) además de tener tanto la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Banner – University Care Advantage, AHCCCS (Medicaid) paga sus primas de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y sus primas de la Parte B. Si AHCCCS (Medicaid) no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si su modificación del ingreso bruto ajustado como se reportó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es más de una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de prima estándar y una Cantidad Mensual Ajustada por Ingreso, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional a su prima. Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan del Medicare,** le enviará una carta explicando cuánto será la cantidad adicional. Si tiene una circunstancia excepcional de la vida que causó que sus ingresos disminuyeran, puede solicitar al Seguro Social que reconsideren su decisión.
- **Si se le requiere pagar la cantidad adicional y no la paga, <u>se cancelará</u> su inscripción en este plan.**
- También puede visitar www.medicare.gov en línea o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 del día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted del 2021* proporciona información sobre estas primas en la sección llamada "Costos de Medicare para 2021". Toda persona con Medicare recibe una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Aquellos que son nuevos en Medicare la reciben en un plazo de un mes después de inscribirse. Usted también puede descargar una copia de *Medicare y Usted del 2021* si visita el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

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

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted

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

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o AHCCCS (Medicaid)).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

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

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

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro doctor o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.3 del de este documento.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):

  - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabaja, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios de pulmón negro.
- Compensación laboral.

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su doctor, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Banner – University Care Advantage** (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente del plan)..... **21**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **25**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre seguro doctor** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **27**

SECCIÓN 4 **Organización para la Mejora de la Calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)..... **28**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **28**

SECCIÓN 6 **AHCCCS (Medicaid)** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)..... **29**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados**..... **31**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario**..... **34**

SECCIÓN 9 **Puede obtener asistencia de Arizona Area Agency on Aging**..... **34**

SECCIÓN 1 Contactos de Banner – University Care Advantage (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente del plan)

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

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

Método	Centro de Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(877) 874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. Nuestro Centro de Atención al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.
FAX	(520) 874-3434
ESCRIBA A	Banner – University Care Advantage 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerUCA.com

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

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

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

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica o medicamentos de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(877) 874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner – University Care Advantage 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Email: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB	www.BannerUCA.com

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

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

Método	Apelaciones sobre la atención médica o medicamentos de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(877) 874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner – University Care Advantage 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Email: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB	www.BannerUCA.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica o medicamentos de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(877) 874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner – University Care Advantage 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756 Email: BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Banner – University Care Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME AL	(877) 874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.
FAX	(866) 465-8340
ESCRIBA A	Banner – University Care Advantage 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerUCA.com

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

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

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

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, doctores, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Banner – University Care Advantage: • **Informe a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja sobre Banner – University Care Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguro doctor (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud de Arizona (SHIP, por sus siglas en inglés).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años en adelante, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques

del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

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

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

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

AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Como miembro de este plan, usted ha calificado para Medicare y AHCCCS (Medicaid). Dependiendo de su nivel de elegibilidad con AHCCCS (Medicaid), Medicaid puede que pague por servicios o beneficios adicionales no cubiertos por Medicare. Comuníquese con su plan de AHCCCS (Medicaid) para más detalles.

Además, hay programas que se ofrecen a través de AHCCCS (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

Usted puede inscribirse en este plan si se encuentra en estas categorías de Medicaid:

- **Beneficiario de Medicare Calificado Plus (QMB+):** AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura integral de Medicaid y paga las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como los deducibles, el coseguro, y los copagos). Puede que todavía tenga copagos para medicamentos recetados de la Parte D.

- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos Plus (SLMB+):** AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura integral de Medicaid y paga su prima de la Parte B. Por lo general, si su servicio o beneficio está cubierto por Medicare y Medicaid, su costo compartido es pagado por Medicaid. Puede que tenga costos compartidos para servicios o beneficios no cubiertos por Medicaid.

- **Beneficiario Doble Elegible con Beneficios Completos (FBDE):** AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura de Medicaid integral y puede que proporcione ayuda con su costo compartido de Medicare. Por lo general, si su servicio o beneficio está cubierto por Medicare y Medicaid, su costo compartido es pagado por Medicaid. Usted puede tener costo compartido para servicios o beneficios no cubiertos por Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con AHCCCS (Medicaid).

Método	Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS) (programa Medicaid de Arizona) – Información de contacto
LLAME AL	(855) 432-7587 (888) 621-6880 (ALTCS) Horario de oficina: lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-367-8939 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	AHCCCS 801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	www.azahcccs.gov

El programa Ombudsman – Citizens' Aide ayuda a la gente inscrita en AHCCCS (Medicaid) con problemas de servicio o de facturación. Pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Método	Arizona Ombudsman – Citizens' Aide – Información de contacto
LLAME AL	(602) 277-7292 Gratis (fuera del condado de Maricopa): (800) 872-2879 Horario de oficina: lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	(602) 542-3323 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	7878 N. 16th Street Suite 235 Phoenix, AZ 85020 Correo Electrónico: ombuds@azoca.gov
SITIO WEB	www.azoca.gov/

El programa del Arizona Long Term Care Ombudsman ayuda a la gente a obtener información sobre asilos para ancianos y a resolver problemas entre asilos para ancianos y los residentes y sus familias.

Método	Arizona Long Term Care Ombudsman – Información de contacto
LLAME AL	(602) 542-6454 Horario de oficina: 8 a.m. a 5 p.m., lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	1789 W. Jefferson St. Mail Drop 6288 Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	des.az.gov

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

Programa "Ayuda Adicional" de Medicare

Ya que usted es elegible para AHCCCS (Medicaid), califica y recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus costos de medicamentos recetados del plan de medicamentos. No necesita hacer nada más para obtener esta "Ayuda Adicional".

Si tiene preguntas sobre la "Ayuda Adicional", llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 AM a 7 PM, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778; o bien
- La oficina de AHCCCS (Medicaid) de su estado (solicitudes) (Consulte la información de contacto en la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecto al recibir su receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener una prueba sobre cuál es su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la prueba, que nos la proporcione.

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

  Correo:
  Banner – University Care Advantage,
  Attn: Pharmacy
  2701 E. Elvira Road,
  Tucson, AZ 85756

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

  - Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles a ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las recetas médicas de la Parte D de Medicare que también están cubiertas por ADAP,

califican para asistencia de costos compartidos de los medicamentos. En Arizona, el Departamento de Servicios de Salud de Arizona administra el ADAP. Nota: Para ser elegible para el programa ADAP operando en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado, estatus como paciente VIH, comprobante de bajos ingresos según lo defina el estado, y estatus como persona sin seguro o con seguro insuficiente.

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

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

¿Qué ocurre si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos recetados? ¿Obtiene los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos de receta. Si usted recibe "Ayuda Adicional", el Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura no se aplica en su caso. Si recibe "Ayuda Adicional", usted ya tiene cobertura para sus medicamentos de receta durante la etapa de periodo sin cobertura.

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

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia sobre seguro doctor (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

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

SECCIÓN 9 Puede obtener asistencia de Arizona Area Agency on Aging

Area Agency on Aging es una agencia sin fines de lucro que ayuda a los adultos mayores, personas con discapacidades, personas con VIH/SIDA y cuidadores, con programas y servicios.

Método	Arizona Area Agency on Aging – Información de contacto
LLAME	(Condado de Maricopa): (602) 264-2255 (Condado de Pima): (520) 790-0504 (Condados de Pinal y Gila): (800) 293-9393 (Condados de La Paz, Yuma): (928) 217-7114 (Condados de Cochise, Graham, Greenlee, Santa Cruz): (520) 432-2528
TTY	TEXTO (520) 775-1899 SMS (servicio de mensajes cortos)
ESCRIBA	Arizona Department of Economic Security (Condado de Maricopa) Division of Aging and Adult Services (DAAS) 1789 W. Jefferson Street (Site Code 950A) Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	des.az.gov

CAPÍTULO 3

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

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan 39

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 39

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos por su plan 39

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios 41

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención 41

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado? 42

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 42

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red 44

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 45

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica 45

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios 46

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 47

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 47

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo para los servicios cubiertos 47

Sección 4.2 Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios 47

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 48

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 48

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 49

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa no de atención médica" 50

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no de atención médica? 50

Sección 6.2 Recibir atención médica de una institución religiosa no de atención médica 51

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo doctor duradero 52

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo doctor duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 52

SECCIÓN 8 Normas para equipo de oxígeno, suministros, y mantenimiento 52

Sección 8.1 ¿Qué beneficios de oxígeno tiene derecho usted? 53

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 54

Sección 8.3 ¿Qué ocurre si deja el plan y regresa a Medicare Original? 54

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

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

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

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

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

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

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

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

Banner – University Care Advantage por lo general cubrirá, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la tabla de beneficios del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con anticipación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una "referencia médica". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las referencias médicas de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención médica que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
    - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Su PCP debe obtener autorización previa de nuestro plan antes de buscar atención fuera de nuestra red. En esta situación, cubriremos estos servicios lo mismo que pagaría si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un doctor fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención

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

Cuando usted se inscriba como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP. Su PCP es un doctor o enfermero/a especializado que cumple con requisitos estatales y está capacitado para proporcionar atención médica básica.

Como describimos a continuación, usted recibirá su atención básica o rutinaria de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de sus servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para que usted pueda atenderse con un especialista, generalmente tiene que obtener la aprobación de su PCP primero (esto se llama obtener una "referencia médica" o "referido" a un especialista). Si necesita un servicio no cubierto por nuestro plan, su PCP debe presentar una solicitud para una "autorización previa" para obtener el servicio.

¿Cómo elige a su PCP?

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

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

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar de PCP, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente. El cambio de PCP entrará en vigor el primer día del siguiente mes después de su llamada telefónica. Al llamar, asegúrese de avisarle a nuestro Centro de Atención al Cliente si se está atendiendo con especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que requieran de la aprobación de su PCP (tales como servicios de atención médica a domicilio y equipo doctor duradero). Nuestro Centro de Atención

al Cliente le ayudará a asegurar que pueda continuar recibiendo la atención especializada y otros servicios que haya estado recibiendo en el momento de cambiar de PCP. También verificarán que el PCP al que desea cambiarse está aceptando nuevos pacientes. El representante de nuestro Centro de Atención al Cliente le informará la fecha en que el cambio de su PCP entrará en vigor.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado?

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red
- Vacunas antigripales, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente, por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento).

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

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

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

Para algunos tipos de referencias médicas, es posible que su PCP deba obtener nuestra aprobación de antemano (a esto se le denomina "autorización previa"). Si una referencia médica requiere de aprobación de antemano, su proveedor coordinará una autorización previa para estos servicios. Nuestro plan debe revisar estas solicitudes. Puede tardar hasta 14 días hábiles para revisar la solicitud. La oficina de su PCP le avisará si su solicitud de autorización está aprobada. También puedes llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para averiguar el estatus de su solicitud. Si la solicitud de su doctor es denegada, nuestro plan le notificará por correo. Si tienen una pregunta sobre la denegación, puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente (la dirección y los números telefónicos se encuentran impresos en el reverso de este manual). Consulte Capítulo 9, Sección 6 para obtener información adicional sobre cómo presentar una apelación por una autorización denegada. Es muy importante obtener una referencia médica (autorización de antemano) de su PCP antes de atenderse con un especialista del plan o con otros proveedores determinados (hay algunas excepciones, incluyendo atención médica de salud femenina, que explicamos previamente en esta sección).

Si no tiene una referencia médica (aprobación de antemano) antes de obtener los servicios de un especialista, puede que sus servicios no sean cubiertos. Si el especialista quiere que usted vuelva para obtener atención adicional, verifique primero para asegurarse de que la referencia médica (aprobación de antemano) que recibió de su PCP para la primera visita cubra más consultas al especialista. Puede que necesite además autorización previa de Banner – University Care Advantage si su especialista solicita un procedimiento doctor. Consulta Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información adicional sobre cuáles servicios requieren de autorización previa.

Nuestro plan exclusivamente usa a Sonora Quest Laboratories para servicios de laboratorio para nuestros miembros. Si su PCP o especialista necesita servicios de laboratorio, usted debe utilizar los laboratorios de Sonora Quest Laboratories. Es muy importante que usted obtenga una referencia médica (aprobación de antemano) antes de obtener sus servicios de laboratorio. Si no tiene una referencia médica (aprobación de antemano) antes de obtener sus servicios de laboratorio, es posible que sus servicios no estén cubiertos. También debe obtener autorización previa de Banner – University Care Advantage para servicios de laboratorio o servicios diagnósticos.

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.

- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento doctor, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su doctor o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.

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

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

Debe recibir su atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red del plan) no tendrá cobertura. Existen tres excepciones para las cuales usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red:

- El plan cubre atención médica de emergencia y de necesidad urgente que usted reciba de proveedores fuera de la red. Para obtener información adicional sobre la atención médica de emergencia o de necesidad urgente, consulte Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no puede ofrecer esta atención médica, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Se requiere autorización para proveedores fuera de la red y su PCP presentará una solicitud de autorización previa a Banner – University Care Advantage. En esta situación, cubriremos estos servicios como si los hubiera obtenido de un proveedor de la red.
- Servicios de diálisis para riñón que usted recibe de centros de diálisis certificados por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una "**emergencia médica**" es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o enfermedad que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una referencia médica del PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Por favor, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente llamando al (877) 874-3930. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan no proporciona cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este documento.

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los

proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su enfermedad y las circunstancias lo permitan.

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

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

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

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

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

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

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

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

Siempre debe tratar de que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Si se encuentra en una situación en la que siente que no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red, llame al Centro de Atención al Cliente de nuestro plan al **(877) 874-3930**. Usuarios de TTY deben llamar al 711. **Horarios de oficina de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana**.

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

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

Nuestro plan no cubre servicios de necesidad urgente ni ningún otro tipo de atención médica si recibe la atención fuera de los Estados Unidos. Recuerde por favor que nuestro plan no proporciona cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

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

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

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

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

Sección 4.2 Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Banner – University Care Advantage cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, estos servicios se encuentran en la tabla de beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este documento) y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es

responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

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

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

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

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

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

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

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el

estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

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

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

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

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

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

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

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

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

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

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

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica”, que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa no de atención médica es un centro que provee atención médica para una enfermedad que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería

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

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

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

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

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

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

Se aplican los límites de cobertura de Medicare para la Atención hospitalaria para pacientes internados. Consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4, "Atención hospitalaria para pacientes internados".

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo doctor duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo doctor duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

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

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Banner – University Care Advantage, generalmente, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

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

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

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

SECCIÓN 8 Normas para equipo de oxígeno, suministros, y mantenimiento

Sección 8.1 ¿Qué beneficios de oxígeno tiene derecho usted?

Si reúne los requisitos para cobertura de oxígeno de Medicare, siempre y cuando permanezca como inscrito, Banner – University Care Advantage cubrirá:

- Renta del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Entubar y accesorios de oxígeno relacionados para entregar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja ser miembro de Banner – University Care Advantage o no requiere medicamente el equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe regresarse al dueño.

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

Su costo compartido para cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es 0% o 20% de coseguro, cada mes, dependiendo en su nivel de cobertura de AHCCCS (Medicaid).

Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito por 36 meses en Banner – University Care Advantage.

Si antes de inscribirse en Banner – University Care Advantage usted pagó 36 meses de renta para cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Banner – University Care Advantage es de 0% o 20% de coseguro, dependiendo del nivel de cobertura de AHCCCS (Medicaid).

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

Si regresa a Medicare Original, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco año. Por ejemplo, si pagó por rentar el equipo de oxígeno por 36 meses antes de inscribirse en Banner – University Care Advantage, inscrito en Banner – University Care Advantage por 12 meses, y regresar a Medicare Original, usted pagará el costo compartido total para cobertura de equipo de oxígeno.

Igualmente, si hizo pagos por 36 meses mientras estaba inscrito en Banner – University Care Advantage y regresó a Medicare Original, usted pagará el costo compartido total para cobertura de equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 56

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 56

Sección 1.2 Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios 58

Sección 1.3 ¿Cuál es la cantidad máximo que pagará por los servicios médicos? 58

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos" 58

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 59

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

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 102

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones) 102

Información Importante sobre COVID-19

Debido a la declaración de Emergencia de Salud Pública (PHE, por sus siglas en inglés) debido al COVID-19, CMS temporalmente modificó normas en amplias áreas, incluyendo capacidad en un hospital, servicios de proveedores, pruebas de COVID-19, y Telesalud. Usted puede recibir servicios bajo estas normas modificadas durante la PHE COVID-19. No sabemos cuánto tiempo dure la PHE COVID-19.

Cuando la PHE termine, CMS puede quitar las normas modificadas y exigirnos que cambiemos la manera de proporcionar estos servicios. Para más información, puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). También puede visitar el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos y lo que paga por estos servicios. Aquí encontrará una Tabla de beneficios que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Banner – University Care Advantage. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El "**deducible**" es la cantidad que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. La Sección 1.2 le explica más sobre sus deducibles para ciertas categorías de servicios.
- El "**copago**" es una cantidad fija que paga cada vez que recibe algún servicio doctor. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio doctor. (La tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El "**coseguro**" es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio doctor. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio doctor. (La tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

Miembros QMB – no tienen costo alguno para servicios cubiertos por Medicare, excepto sus copagos de recetas médicas si usted está inscrito en Medicare como Beneficiario Calificado de

Medicare (QMB) y AHCCCS (Medicaid). Su coseguro, deducibles y copagos (excepto por los medicamentos recetados de la Parte D) son pagados por AHCCCS (Medicaid). También debe recibir "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados de la Parte D.

Miembros no QMB – puede que tengan costos si AHCCCS (Medicaid) no cubre costos compartidos para afiliados no QMB. Sus costos podrían incluir primas, deducibles, copagos y coseguro.

Periodo de Gracia

Miembros QMB – si pierde su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), puede permanecer inscrito en este plan de Medicare por hasta 6 meses. Debe volver a inscribirse en AHCCCS (Medicaid) antes del final de periodo de 6 meses para mantener sus beneficios de Medicare con este plan. Durante el periodo de 6 meses, si va a un proveedor, tendrá costos de bolsillo que su plan de medicare no cubrirá, será responsable por estos costos hasta que vuelva a ganar su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Sus costos del bolsillo podrían incluir primas, deducibles, copagos y coseguro. Si no vuelve a inscribirse en AHCCCS (Medicaid) durante el periodo de 6 meses, será desafiliado de nuestro plan. Será inscrito en Medicare Original a menos que elija otro plan.

Miembros no QMB – su costo compartido de Medicare no cambiará durante el periodo de 6 meses. Sin embargo, es posible que usted tenga costos del bolsillo si AHCCCS (Medicaid) no cubre costos compartidos para afiliados no QMB. Sus costos del bolsillo podrían incluir primas, deducibles, copagos y coseguro.

Sección 1.2 Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios

El plan tiene deducible para los siguientes tipos de servicios:

Nuestra cantidad de deducible para los servicios para pacientes internados es de $1,484 para los días 1 hasta 60. Hasta que haya pagado la cantidad deducible, debe pagar el costo total de los servicios para pacientes internados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, y usted pagará su parte por el resto del período de beneficio.

Nuestra cantidad de deducible para servicios de la Parte B de Medicare es $203. Hasta que haya pagado la cantidad de deducible, debe pagar el costo total de servicios de la Parte B. Una vez que haya pagado su deducible, nosotros pagaremos nuestra parte de los costos para estos servicios y usted pagará su costo por el resto del año calendario.

Si es elegible para ayuda con los costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no tiene deducible.

Sección 1.3 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos alcanzan este monto máximo que pagan de su bolsillo. Si es elegible para asistencia de costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted no tiene la responsabilidad de pagar cualquiera de los costos de su propio bolsillo hacia la cantidad máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos dentro de la red por nuestro plan (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina la cantidad máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Banner – University Care Advantage, la cantidad máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos en 2021 es $7,550. Las cantidades que usted paga por deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para la cantidad máximo que paga de su bolsillo. (Las cantidades que paga por los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máximo que paga de su bolsillo). Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $7,550, no deberá pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que AHCCCS (Medicaid) o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

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

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.

- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una referencia médica).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una referencia médica).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de Beneficios* para averiguar qué es lo que está cubierto cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

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

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.

- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una "referencia médica". En el Capítulo 3 se incluye información sobre cómo obtener una referencia médica y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos *únicamente* si el doctor o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios con un asterisco (*).

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de AHCCCS (Medicaid). Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. AHCCCS (Medicaid) cubre su costo compartido para servicios de Medicare, incluyendo atención médica de emergencias, servicios de paciente interno, servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio, servicios del doctor, y atención médica en un centro de enfermería especializada. AHCCCS (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención médica de largo plazo, medicamentos sin receta médica, servicios basados en el hogar y comunidad y transporte de no emergencia que sea médicamente necesario.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2021*. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una enfermedad existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la enfermedad existente.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del periodo de 6 meses de elegibilidad considerada continua de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo no cubriremos los beneficios de AHCCCS (Medicaid) que están incluidos bajo el Plan Estatal Medicaid pertinente, y tampoco pagaremos las primas o costo compartido para los cuales, de otra forma, el estado tendría la responsabilidad si usted no hubiera perdido su elegibilidad para

AHCCCS (Medicaid). Las cantidades de costo compartido de Medicare para beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este periodo.

Si usted reúne los requisitos para ayuda con los costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted no paga nada por los servicios mencionados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos descritos anteriormente.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia médica de parte de su doctor, asistente doctor, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor de espalda crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 consultas en 90 días están cubiertos para beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias: Para el propósito de este beneficio, dolor de espalda crónico se define como: • Dura 12 semanas o más; • No específico, y que tiene no identifica la causa sistémica (ej. No asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No asociado con cirugía; y • No asociado con el embarazo. Ocho sesiones adicionales serán cubiertas para aquellos pacientes que demuestren un mejoramiento. No más de 20 tratamientos de acupuntura pueden administrarse anualmente. Tratamiento puede suspenderse si el paciente no está mejorando o si está en regresión.	0% o 20% de coseguro para servicios de acupuntura cubiertos por Medicare. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia* • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya enfermedad es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la enfermedad del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	0% o 20% de coseguro para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare y transporte de no emergencia. ◊ Se aplica el costo compartido para viajes de ida. Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia no emergencia cubiertos por Medicare ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta cada 12 meses. **Nota**: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del doctor.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca* Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una referencia médica del doctor. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	0% o 20% de coseguro corresponde por servicios de rehabilitación cardíaca y servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. ◊ Se requiere autorización previa y referencia médica. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su doctor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su doctor puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vaginal, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. • Cuidado quiropráctico de rutina: 6 consultas rutinarias no de Medicare autorizadas al año calendario.	0% o 20% de coseguro corresponde por servicios de quiropráctico cubiertos por Medicare. ◊ 0% de coseguro para atención quiropráctico de rutina. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años en adelante, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (FIT).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. 0% o 20% de coseguro por enema de bario. ◊
Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años. Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	*◊ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales* En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos lo siguiente: **Servicios dentales preventivos** • Visita de oficina incluye examen y limpieza combinados (hasta 1 cada seis meses, máximo de 2 por año). • Examen oral (hasta 1 cada seis meses) • Limpieza (hasta 1 cada seis meses) • Tratamiento con flúor (hasta 1 cada año; tratamiento debe ser rendido durante una consulta preventiva de oficina) • Radiografía/s dental/es (hasta 1 juego de radiografías cada año; deben ser tomadas durante una consulta preventiva de oficina) No se requiere autorización y/o referencias médicas para los servicios dentales preventivos. **Servicios dentales integrales*** • Servicios no de rutina; Servicios diagnósticos; Servicios restaurativos; Endodoncia; Otra cirugía oral/maxilofacial; Otros servicios • Determinados servicios integrales como tapaduras, extracción o reemplazo de dientes Se requiere autorización previa para servicios dentales integrales. Se aplican limitaciones y exclusiones para los beneficios descritos arriba. Por favor, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para detalles sobre los beneficios, o puede informarse en línea en www.BannerUCA.com.	0% o 20% de coseguro por servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios relacionados con el cuidado, tratamiento, tapadura, extracción o reemplazo de dientes). ◊ No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios dentales cubiertos por el plan no cubiertos bajo Medicare Original. Nuestro plan paga $1,500 por la mayoría de los servicios dentales (servicios preventivos y determinados servicios integrales) cada año. El costo de todas las consultas será descontado de la cantidad de cobertura anual. Usted debe usar los proveedores de la red de B – UCA para estos servicios. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar referencias médicas o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.

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

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida que vienen incluidos con los zapatos). La cobertura incluye adaptación. • El entrenamiento para lograr un autocontrol de la diabetes está cubierto siempre que se cumpla con ciertos requisitos. * Se requiere autorización previa para entrenamiento de autocontrol de diabetes cubierta por Medicare. No se requiere referencia médica. Servicios e insumos para la diabetes están limitados de fabricantes específicos**.** * Se requiere autorización previa.	0% o 20% de coseguro por la instrucción de autocontrol de diabetes cubierta por Medicare. * 0% o 20% de coseguro por suministros para diabéticos y zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare. ◊ *◊ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo doctor duradero (DME) y suministros relacionados * (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "equipo doctor duradero"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. No hay vendedores/fabricantes preferidos para Equipo Doctor Duradero (DME).	0% o 20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare. ◊ ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una enfermedad de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o enfermedad que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. La cobertura está limitada a EE. UU. y sus territorios.	0% a 20% de coseguro (hasta $90 por visita) por beneficios cubiertos por Medicare. ◊ Si es admitido al hospital dentro de 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención médica de emergencia. Si recibe atención médica de emergencia en un hospital de fuera de la red y necesita atención médica de paciente interno después de que se ha estabilizado su condición de emergencia, debe volver a un hospital de la red a fin de que prosiga su atención médica para estar cubierto o debe hacer que el plan autorice su atención médica de paciente interno en el hospital de fuera de la red, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. *◊ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos	
Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento doctor se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un doctor, un audiólogo u otro proveedor calificado.	0% a 20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare para exámenes para diagnosticar/tratar problemas de audición y equilibrio. ◊
• Examen auditivo de rutina (1 por año)	No hay deducible, copago o coseguro por un examen anual de audición de rutina. No se requiere autorización previa o referencia médica. Debe usar los proveedores de la red de B – UCA para estos servicios ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Prueba de detección de VIH	
Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención médica a domicilio *	
Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un doctor debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa y referencia médica.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión domiciliaria * Terapia de infusión domiciliaria abarca la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para desempeñar infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba), y suministros (por ejemplo, conductos, catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a: • Servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención médica • Entrenamiento y educación para pacientes no cubierto por otro modo bajo el beneficio de equipo doctor duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para suministro de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria profesional. Se requiere referencia médica y autorización previa.	0 % a 20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare. ◊ ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su doctor y el director doctor del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. El doctor del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará la cantidad de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Medicare Original, y no por Banner – University Care Advantage.
Atención en un hospicio (continuación)	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Para los servicios cubiertos por Banner – University Care Advantage pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Banner – University Care Advantage seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga la cantidad del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*. **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en hospital para pacientes internados* Incluye servicios hospitalarios de cuidados primarios, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre	Las cantidades (◊) para cada periodo de beneficio son $0 o: • Días 1 hasta 60: $1,484 de deducible; • Días 61 hasta 90: $371 por cada día; • Días 91 en adelante: $742 por cada “día de reserva vitalicia” (hasta 60 días de reserva vitalicia); • Más allá de los 60 días de reserva vitalicia: todos los costos. Un periodo de beneficio comienza el día que es admitido al hospital y termina cuando no ha recibido atención médica de paciente interno durante 60 días seguidos. Si va a un hospital después de terminado un periodo de beneficios, comienza uno nuevo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación) y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Banner – University Care Advantage brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.	Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la condición médica que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. ◊
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte! La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en **www.medicare.gov/sites/default/files /2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf** o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Se requiere referencia médica y autorización previa para servicios para pacientes internados. *◊ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes internados* • Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 190 días en la vida para atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica para servicios de salud mental de paciente internado proporcionados en un hospital general.	Las cantidades (◊) para cada periodo de beneficio son $0 o: • Días 1 a 60: $1,484 de deducible; • Días 61 hasta 90: $371 cada día; • Días 91 en adelante: $742 cada "día de reserva vitalicia" (hasta 60 días de reserva vitalicia); • Más allá de los 60 días de reserva vitalicia: todos los costos. Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un hospital. El período de beneficio termina cuando usted pasa 60 días consecutivos sin atención hospitalaria de paciente interno. Si ingresa al hospital después que un período de beneficio haya terminado, comienza uno nuevo. No hay límite en el número de períodos de beneficios. Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de estabilizar su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de red. ◊

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes internados* (continuación)	Se requiere referencia médica y autorización previa para servicios como paciente interno. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.	0% a 20% de coseguro por servicios recibidos en un hospital de paciente ambulatorio cubiertos por Medicare. ◊ Podría aplicarse un coseguro por estos servicios. Por favor, revise los beneficios en esta tabla para información sobre estos servicios cubiertos. Por ejemplo, vea la sección "Aparatos prostéticos e insumos relacionados" para refuerzos y miembros artificiales. Podría aplicarse autorización previa. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del doctor. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su condición médica, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un doctor. El doctor debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare * La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios	0% o 20% del costo por medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia. ◊ 0% o 20% de coseguro por otros medicamentos de la Parte B de Medicare. ◊

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
o en un centro quirúrgico ambulatorio.	
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos que se administran con equipo doctor duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el doctor confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para auto diálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	Nota: Estos servicios requieren de autorización previa. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o doctor de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides	
La Parte B de Medicare Original cubre los servicios del tratamiento del trastorno por consumo de opioides. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	0% a 20% de coseguro para Servicios del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare. ◊
• Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas.	Se requiere referencia médica. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios * Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	0% o 20% de coseguro por pruebas y procedimientos de diagnóstico. ◊ 0% de coseguro por servicios de laboratorio. 0% a 20% de coseguro por servicios de rayos x de paciente ambulatorio. ◊ 0% a 20% de coseguro por servicios radiológicos terapéuticos (como el tratamiento de radiación para cáncer). ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para pruebas diagnósticas de paciente ambulatorio y servicios e insumos terapéuticos. *◊ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Observación en hospital para pacientes ambulatorios* Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un doctor o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte! La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files /2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	0% o 20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios. *◊ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en hospital para pacientes ambulatorios *	
Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.	0% o 20% de coseguro para beneficios cubiertos por Medicare. ◊
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un doctor certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.	Se requiere referencia médica y autorización previa para servicios de hospital de paciente ambulatorio. *◊ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo?" Si tiene Medicare, ¡consulte! La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o doctor autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar doctor u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Se requiere referencia médica para servicios de salud mental de especialidad prestados por un individuo que no sea doctor.	0% o 20% de coseguro por visita de terapia grupal de paciente ambulatorio. ◊ 0% o 20% de coseguro por visita de terapia individual de paciente ambulatorio. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para atención de salud mental de paciente ambulatorio. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	0% o 20% de coseguro por visita de terapia ocupacional/ terapia física/ terapia de lenguaje y del habla. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios*	
Sesiones individuales cubiertas por Medicare: Sesiones grupales cubiertas por Medicare.	0% o 20% de coseguro por terapia individual de paciente ambulatorio. ◊ 0% o 20% de coseguro por terapia grupal de paciente ambulatorio. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para servicios de abuso de intoxicantes de paciente ambulatorio ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros de hospital para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios* **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido para la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio".	0% o 20% de coseguro por servicios de centro quirúrgico ambulatorio. ◊ 0% o 20% de coseguro por cirugía ambulatoria. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para servicios de cirugía de paciente ambulatorio ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Tarjeta para artículos sin receta médica (OTC) Los servicios cubiertos incluyen: • $30 mensuales para utilizar en tiendas participantes. • Fondos proporcionados a través de una tarjeta de lealtad. • Artículos disponibles para comprar incluyen medicinas sin receta médica y artículos relacionados a la salud. • Terapia de Reemplazo de Nicotina (NRT) se encuentra disponible a través de este beneficio. Por favor, visite nuestro sitio web para ver nuestra lista de artículos sin receta médica cubiertos.	Las cantidades no utilizadas no pasan de un mes al próximo.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial* La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. **Nota:** Ya que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio de hospital de paciente ambulatorio.	0% o 20% de coseguro por servicios de hospitalización parcial. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para servicios de hospitalización parcial ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios

Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio doctor, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación.
• Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el doctor así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento doctor.
• Determinados servicios de Telesalud, incluyendo: servicios necesarios urgentemente, consultas con un PCP; consultas con especialistas; servicios de especialistas en salud mental para sesiones individuales o grupales; proveedores de terapia ocupacional, física y/o del habla como lo permite Medicare.
  • Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por Telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrece los servicios Telesalud.
  • Por lo general, el servicio Telesalud debe ser con un proveedor con quien tiene establecido una relación y el uso de sistemas de comunicación audiovisuales que permite comunicación en tiempo real.
• Algunos servicios de Telesalud incluyendo consulta, el diagnóstico, y el tratamiento por parte de un doctor o profesional doctor para pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare.
• Servicios de Telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro.
• Servicios de Telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de un derrame cerebral.
	0% o 20% de coseguro por consultas cubiertas por Medicare. ◊
	
	Se requiere autorización para algunos servicios. Favor de consultar la sección de beneficios en Capítulo 4 para obtener información adicional.
	
	◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios

Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación)
• Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su doctor **si**:
  • No es un nuevo paciente **y**
  • La consulta no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días **y**
  • La consulta no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana.
• Evaluación remota de video o imágenes que usted envía a su doctor, incluida la interpretación del doctor y el seguimiento dentro de las 24 horas **si**:
  • No es un nuevo paciente **y**
  • La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días y
  • La consulta no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana.
• Consulta que su doctor realiza con otros doctores por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico **si** no es un paciente nuevo
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.
• Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un doctor).	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de podología * Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento doctor o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. • 12 consultas de rutina por año para atención médica de rutina del pie. (Se requiere referencia médica y autorización previa para consultas rutinarias)	0% o 20% de coseguro por exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso por causa de la diabetes y/o reúne ciertas condiciones. ◊ $0 de copago por servicios rutinarios de podología. Se requiere referencia médica y autorización previa para servicios de podología *◊ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. 0% o 20% de coseguro por examen rectal dactilar ◊ *◊ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados*	
Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección).	0% o 20% de coseguro por aparatos prostéticos. ◊ 0% o 20% de coseguro por insumos médicos relacionados. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para aparatos prostéticos e insumos relacionados. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Servicios de rehabilitación pulmonar *	
Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una orden del doctor que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	0% o 20% de coseguro por Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para Servicios de rehabilitación pulmonar. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un doctor o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 55 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 30 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un doctor o un profesional no doctor calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un doctor o profesional no doctor calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un doctor o profesional no doctor calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del doctor.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales *	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su doctor, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para auto diálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para auto diálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir consultas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la auto diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.	0% o 20% de coseguro por Servicios de educación de enfermedad renal cubiertos por Medicare. ◊ 0% o 20% de coseguro por diálisis renal. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para diálisis renal. Se requiere referencia médica para Servicios de educación de enfermedad renal. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) * (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de doctores o profesionales. Una estadía en hospital como internado no se requiere para cobertura SNF al empezar.	Las cantidades (◊) para cada periodo de beneficio son $0 o: • Días 1 hasta 20: $0 cada día. • Días 21 hasta 100: $185.50 cada día. • Días 101 y más: todos los costos. Un período de beneficio comienza el día en que usted es admitido a un centro de enfermería especializada. Termina cuando pasa 60 días consecutivos sin atención especializada en un SNF. Si ingresa a un centro de atención de enfermería especializada después que un período de beneficio ha terminado, un nuevo período de beneficio comienza. No hay límite al número de periodos de beneficio. Se requiere referencia médica y autorización previa para servicios de centro de enfermería especializada. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)* (continuación) Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda obtener su atención de un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos intentos de orientación para dejar el tabaco dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para dejar el hábito. Cubrimos dos intentos de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET) *	
La terapia de ejercicio supervisada (SET) está cubierta para aquellos miembros que sufren de enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y que cuentan con una referencia médica por parte del doctor responsable del tratamiento de esta enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones que duran entre 30 y 60 minutos y que comprenden un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para el tratamiento de PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un doctor • Ser brindado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superan los daños, y que está capacitado en la terapia de ejercicios para el tratamiento de PAD • Brindarse bajo la supervisión directa de un doctor, asistente doctor, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica quienes deben estar capacitados en las técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas Después de las primeras 36 sesiones en un período de 12 semanas, es posible que se cubran 36 sesiones más de SET durante un período extendido, siempre que el proveedor de atención médica considere que es médicamente necesario.	0% de coseguro para beneficio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o enfermedad imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. La cobertura está limitada a EE. UU. y sus territorios.	0% o 20% de coseguro (hasta $65 por consulta). ◊ ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Atención ocular * Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de doctores para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años en adelante y los hispanoamericanos de 65 años en adelante. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	0% o 20% de coseguro por examen cubierto por Medicare para la diagnosis y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo (incluyendo examen de detección anual de glaucoma). ◊ 0% de coseguro para examen ocular de rutina. 0% o 20% de coseguro por anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para exámenes oculares. Nuestro plan paga hasta $250 cada año por lentes de contacto y cobro por ajuste o anteojos (armazón y/o lentes).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cubrimos*: • Un examen ocular de rutina por año. El costo de la consulta de rutina anual no será restado de la cantidad de cobertura total para beneficios relacionados con la vista. Costo compartido para consultas en la oficina del doctor pueden aplicarse si otros servicios se llevan a cabo en conjunto con el examen ocular. • Anteojos y lentes de contacto. Los anteojos incluyen lentes y montura, hasta un par al año. Los contactos incluyen cobro por equipo y ajuste, hasta la cantidad de cobertura. La cobertura incluye el recibo de anteojos y contactos en un periodo de cobertura.	Se requiere autorización previa para lentes cubiertos por Medicare (lentes o lentes de contacto). Debe usar proveedores de la red de B – UCA para estos servicios. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y referencias médicas a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del doctor que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". 0% a 20% de coseguro por EKG cubierto por Medicare después de una Consulta de Bienvenido. ◊ Se requiere referencia médica y autorización previa para EKG. ◊ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

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

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

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos". Excluido significa que el plan no cubre estos servicios.

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

Nosotros no pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio doctor que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio doctor, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
* El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un hogar de convalecencia, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Entrega de comidas a domicilio.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos.		✓ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Servicios de un naturópata (emplean tratamientos naturales o alternativos)	✓	
Audífonos, o exámenes para ajuste de audífonos	✓	

* El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal doctor o para doctor capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

Códigos para beneficios dentales cubiertos

Códigos de cobertura para beneficios preventivos y de diagnóstico:

D0120 evaluación oral periódico – paciente establecido; evaluación oral limitada – enfocado en el problema; D0150 evaluación oral completa – paciente nuevo o establecido; D0210 intraoral – serie completa de imágenes radiográficas; D0220 intraoral - primera imagen radiográfica periapical; D0230 intraoral - cada imagen radiográfica periapical adicional; D0272 aletas de mordida - dos imágenes radiográficas; D0274 aletas de mordida - cuatro imágenes radiográficas; D0330 imagen radiográfica panorámica; D1110 profilaxis - adulto; D1120 profilaxis - niño; D1208 aplicación tópica de colutorio de flúor – excluye esmalte

Códigos de cobertura para beneficios dentales integrales:

Restaurativo:

D2140 amalgama – 1 superficie, primarios o permanentes; D2150 amalgama - dos superficies, primarios o permanentes; D2160 amalgama - tres superficies, primarios o permanentes; D2161 amalgama - cuatro superficies o más, primarios o permanentes; D2330 compuesto a base de resina – 1 superficie, anterior; D2331 compuesto a base de resina - dos superficies, anterior; D2332 compuesto a base de resina - tres superficies, anterior; D2335 compuesto a base de resina - cuatro superficies o más o con ángulo incisa (interior); D2390 corona de compuesto a base de resina, anterior; D2391 compuesto a base de resina - una superficie, posterior; D2392 compuesto a base de resina - dos superficies, posterior; D2393 compuesto a base de resina - tres superficies, posterior; D2394 compuesto a base de resina - cuatro superficies o más, posterior; D2710 corona - compuesto a base de resina (indirecto); D2740 corona - sustrato de porcelana/cerámica; D2750 corona - porcelana fundida con metal altamente noble; D2751 corona - porcelana fundida con metal predominantemente básico; D2752 corona - porcelana fundida con metal noble; D2783 corona - tres cuartos de porcelana/cerámica; D2790 corona – total por colado en metal altamente noble; D2791 corona - total por colado en metal predominantemente básico; D2792 corona - total por colado en metal noble; D2920 recementado o readhesión de corona; D2930 corona prefabricada de acero inoxidable – diente temporal; D2931 corona prefabricada de acero inoxidable – diente permanente; D2940 restauración de protección; D2950 refuerzo del muñón, incluyendo espigas o pernos si se necesitan; D2954 perno y muñón (core) prefabricados además de la corona

Tratamiento de conducto:

D3220 pulpotomía terapéutica (excluye la restauración final) – extirpación de la pulpa en dirección coronaria desde la unión cemento-dentinaria y aplicación de un medicamento; D3310 terapia de endodoncia, diente anterior (excluye la restauración final); D3320 terapia de endodoncia, diente bicúspide (excluye la restauración final); D3330 terapia de endodoncia, molar (excluye la restauración final); D3346 retratamiento de terapia de tratamiento de conducto previa - anterior; D3347 retratamiento de terapia de tratamiento de conducto previa - bicúspide; D3348 retratamiento de terapia de tratamiento de conducto previa - molar

Periodontal:

D4260 cirugía ósea (incluyendo levantamiento de un colgajo de espesor total y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante; D4261 cirugía ósea (incluyendo levantamiento de un colgajo de espesor total y cierre) - 1 a 3 dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante; D4341 raspado periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante; D4342 raspado periodontal y alisado radicular - 1 a 3 dientes por cuadrante; D4355 desbridamiento bucal completa para permitir evaluación y diagnóstico integrales en una visita posterior; D4910 procedimientos de mantenimiento periodontal;

Prótesis:

D5110 prótesis total - superior; D5120 prótesis total - mandibular; D5130 prótesis inmediata superior; D5140 prótesis inmediata - mandibular; D5211 prótesis parcial superior - base de resina (incluyendo cualquier retenedor, descanso y dientes convencionales); D5212 mandibular prótesis parcial - base de resina (incluyendo cualquier retenedor, descanso y dientes convencionales); D5213 prótesis parcial superior - esqueleto de metal colado con base de resina para prótesis (incluyendo cualquier retenedor, descanso y dientes convencionales); D5214 mandibular prótesis parcial - esqueleto de metal colado con base de resina para prótesis (incluyendo cualquier retenedor, descanso y dientes convencionales); D5225 prótesis parcial superior - base flexible; D5226 mandibular prótesis parcial - base flexible; D5410 ajuste de prótesis total - superior; D5411 ajuste de prótesis total - mandibular; D5421 ajuste de prótesis parcial - superior; D5422 ajuste de prótesis parcial - mandibular; D5511 reparación de la base rota de una dentadura completa, mandibular; D5512 reparación de la base rota de una dentadura completa, superior; D5520 reemplazo de dientes perdidos o quebrados - prótesis total (cada diente); D5611 reparación de la base de resina de una dentadura parcial, mandibular; D5612 reparación de la base de resina de una dentadura parcial, superior; D5621 reparación de colada en estructura mandibular; D5622 reparación de colada en estructura superior; D5630 reparación o reemplazo de ganchos rotos; D5640 reemplazo de dientes rotos - por diente; D5650 adición de diente a prótesis parcial existente; D5660 adición de gancho a prótesis parcial existente; D5730 reajuste de prótesis total superior (consultorio); D5731 reajuste de prótesis total mandibular (consultorio); D5740 reajuste de prótesis parcial superior (consultorio); D5741 reajuste de mandibular prótesis parcial (consultorio); D5750 reajuste de prótesis total superior (laboratorio); D5751 reajuste de prótesis total mandibular (laboratorio); D5760 reajuste de prótesis parcial superior (laboratorio); D5761 reajuste de mandibular prótesis parcial (laboratorio)

Puentes:

D6210 póntico - metal altamente noble colado; D6211 póntico – metal básico colado; D6212 póntico - metal noble colado; D6240 póntico - porcelana fundida - altamente noble; D6240 póntico - porcelana fundida con base metal; D6242 póntico - porcelana fundida - metal noble; D6740 corona y retenedor - porcelana/cerámica; D6750 corona - porcelana fundida altamente noble; D6751 corona - porcelana fundida con base metal; D6752 corona - porcelana fundida sobre metal noble; D6790 corona – completa de metal altamente noble; D6791 corona – completa con predominio de metal básico; D6792 corona – completa de metal noble; D6930 recementado o readhesión de una prótesis parcial fijo

Cirugía y extracciones:

D7140 extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (remoción por elevador y/o por fórceps); D7210 Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requieren el levantamiento de un colgajo mucoperiósitico y la remoción de hueso y/o la sección de un diente; D7250 remoción quirúrgica de raíces dentales residuales (procedimiento de corte); D7310 alveoplastia con extracciones – cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante; D7311 alveoplastia con extracciones – 1 a 3 dientes o espacios entre dientes, por cuadrante; D7471 remoción de extósis – por sitio; D7472 remoción de torus palatino; D7473 remoción de torus mandibular; D7485 reducción quirúrgica de tuberosidad ósea;

Servicios auxiliares:

D9110 tratamiento paliativo (de emergencia) para dolores dentales – procedimiento menor; D9230 inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiolisis

Nuestro plan no cubre los siguientes servicios:

- Implantes dentales
- El costo de citas dentales faltantes
- Procedimientos dentales recibidos de un proveedor fuera de la red
- Procedimientos dentales no enumerados en esta lista de códigos de beneficios dentales
- Procedimientos dentales solamente por razones cosméticas/estéticas
- Procedimientos dentales coherentes con las pautas de la ADA según se indica en el Manual de Proveedores de DentaQuest.

Se aplican límites y exclusiones para los beneficios enumerados en esta lista de beneficios dentales. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para pedir detalles sobre los beneficios, o puede visitar nuestra página web en www.BannerUCA.com.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 111

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D ... 111

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D ... 112

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red a través del servicio de pedido por correo del plan ... 113

Sección 2.1 Para que los medicamentos recetados estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red ... 113

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red ... 113

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan ... 114

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo ... 115

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan ... 116

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan ... 117

Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos ... 117

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos? ... 118

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos ... 118

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ... 118

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay? ... 119

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? ... 120

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? ... 121

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera ... 121

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? ... 121

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 124

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 124

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando? 124

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 127

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 127

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta 128

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro 128

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? 128

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 129

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? 129

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 129

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? 130

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 130

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura 130

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 131

¿Cómo puede obtener información acerca de los costos de sus medicamentos?

Ya que usted es elegible para Medicaid, califica para recibir y recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de recetas médicas. Ya que usted participa en el programa de "Ayuda Adicional", **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina "Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados", también denominada "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS", que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento.)

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** El próximo capítulo le explica lo que paga por medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Medicare Original puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio*

certificado por Medicare?). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de AHCCCS (Medicaid) cubren algunos medicamentos recetados. Puede aprender más sobre la cobertura de medicamentos recetados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) comunicándose con su plan doctor de AHCCCS (Medicaid) o con la oficina de AHCCCS (Medicaid), cuya información de contacto aparece in Capítulo 2.

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

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

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

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que los medicamentos recetados estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *únicamente* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que tiene contrato con el plan para proporcionar los medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

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

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

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

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

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.

- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente.
- Farmacias que brinden Servicio de Salud para Comunidades indígenas/Tribales/Urbanas Programa de salud para la población indígenas estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población Indígenas Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Farmacias* o llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

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

Puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan para que le envíen los medicamentos recetados. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o a largo plazo.

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

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados por correo, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este documento).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará a más tardar en 14 días. Si por algún motivo su encargo no puede ser entregado dentro de los 14 días llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este documento).

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su doctor. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se

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

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

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Por favor, comuníquese con MedImpact Direct Mail Order al (855)-873-8739 o en línea ww.medimpactdirect.com.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

1. **Algunas farmacias minoristas** de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas acceden a aceptar una cantidad de costo compartido más baja para un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras farmacias minoristas pueden no acceder a aceptar las cantidades de costo compartido menores para un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso usted será responsable por la diferencia en el precio. Su *Directorio de Farmacias* detalla las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).
2. Puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo del plan requiere que solicite un suministro de 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *únicamente* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados que obtenga en una farmacia fuera de la red si no puede usar una farmacia de la red:

- Cubriremos recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas a la atención médica de una emergencia médica o atención médica de urgencia.
- Si usted está viajando dentro de EE. UU., pero se encuentra fuera de nuestra área de cobertura y se enferma o se le acaban los medicamentos, le cubriremos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red si una farmacia de la red no se encuentra disponible.
- Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, cubriremos recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red si no hay una farmacia de la red disponible.

En estos casos, **primero consulte con nuestro Centro de Atención al Cliente** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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

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

Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una "*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*". En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la "Lista de Medicamentos" para abreviarla**.

El plan, con la colaboración de un equipo de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista 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 bajo Medicare Parte D (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 habla de los medicamentos de Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos de receta están cubiertos bajo sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Para pedir información adicional sobre su cobertura de medicamentos, puede comunicarse con su plan doctor de AHCCCS (Medicaid) o con la oficina de AHCCCS (Medicaid). Los números de teléfono para AHCCCS (Medicaid) están impresos en la cubierta trasera de este manual).

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

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la enfermedad para la cual ha sido recetado).
- *O bien,* esté acreditado por ciertas referencias, tal como, American Hospital Formulary Service Drug Information, y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

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

Hay 3 formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.BannerUCA.com). La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de doctores y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual lo ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su enfermedad y sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 7.2).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero por lo general, es más económico. **Cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo doctor por el cual a usted no le serviría ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina "**terapia escalonada**".

Limitaciones de la cantidad de medicamento

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

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento) o visite nuestro sitio web (www.BannerUCA.com).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 7.2).

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

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

Esperamos que su cobertura para medicamentos sea adecuada para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.

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

- Si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de Medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

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

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

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

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

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

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

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

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es miembro nuevo en el plan y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 31 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

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

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta indica menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.

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

  Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, le permitiremos que resurta sus recetas médicas hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición de 31 días, de acuerdo con el incremento de despacho, (a menos que usted tenga una receta

prescrita por menos días). Si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su habilidad de obtener sus medicamentos está limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que usted tenga una receta prescrita por menos días) mientras usted solicite una excepción al formulario.

Puede que usted tenga que surtir nuevas recetas médicas para los medicamentos que estaba tomando si tiene un cambio de nivel de atención, por ejemplo:

- Miembros que son dados de alta de un hospital a casa.
- Miembros que terminan su estancia de centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (cuando los pagos incluyen todos los cobros de farmacia) y quienes necesitan volver a su formulario del plan de la Parte D.
- Miembros que terminan su estatus de hospicio para volver a los beneficios estándares de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Miembros que terminan una estancia en un centro de cuidado a largo plazo y vuelven a la comunidad.
- Miembros que son dados de alta de un hospital psiquiátrico con un régimen de medicamentos altamente individualizado.

Para pedir un suministro temporal, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente y pedir una Lista de Medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento).

Puede solicitar una excepción

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

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna forma para el próximo año, le permitimos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio que haya en la cobertura de su medicamento para el año que viene. Puede pedir una excepción antes del año que viene y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de su recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que entre en vigor el cambio.

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

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede tener modificaciones durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan 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 con regularidad para incluir cambios que se hayan realizado después de

la última actualización. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza 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 de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambos.
    - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
    - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*
    - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
    - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.

  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su enfermedad.

- **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de Medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea 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 ambas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar al medicamento a un medicamento diferente que cubramos.
  - O usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios sobre los medicamentos de la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman ese medicamento: por cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen antes, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan:

- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento
- Si retiramos su medicamento de la Lista de Medicamentos

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de Medicamentos del nuevo año por cualquier cambio sobre los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos recetados que se "excluyen". Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este documento). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por Medicaid, deberá pagarlo usted mismo.

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - En general, la cobertura del "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando esté respaldada por ciertas referencias, tal como American Hospital Formulary Service Drug Information, Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguno de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

Además, por ley, las categorías de medicamentos a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted debido a su cobertura de medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Para obtener información adicional relacionada a los medicamentos recetados bajo AHCCCS (Medicaid), favor de comunicarse con AHCCCS (Medicaid) o consulte su formulario de AHCCCS (Medicaid). Los números de teléfono de AHCCCS (Medicaid) aparecen en Capítulo 2, Sección 6 de este manual.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.

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

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de AHCCCS (Medicaid) en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte de los costos de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

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

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

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

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

Consulte el *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

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

Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra la Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 31 días o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un

medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 explica qué hacer.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio deben informar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D, Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), que ofrecen más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

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

- Posibles errores en los medicamentos.

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

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

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

El programa es voluntario y gratuito voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y doctores desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM, por sus siglas en inglés).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una Lista de Medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su doctor sobre su plan de acción y su Lista de Medicamentos. Lleve su plan de acción y Lista de Medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su Lista de Medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 136

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos ... 136

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos ... 137

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento ... 137

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Banner – University Care Advantage? ... 137

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra ... 139

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de Beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D") ... 139

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos ... 140

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de los medicamentos ... 141

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $435 ... 141

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte ... 142

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene ... 142

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento ... 142

Sección 5.3 Si su doctor le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo ... 145

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* (90 días) ... 145

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $6,550 ... 146

Sección 5.6 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos recetados 147

SECCIÓN 6 No hay un período sin cobertura para Banner – University Care Advantage 149

Sección 6.1 Usted no tiene un período sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D 149

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 150

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 150

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 150

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 150

Sección 8.2 Usted puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente antes de administrarse una vacuna 152

¿Cómo puede obtener información acerca de los costos de sus medicamentos?

Ya que usted es elegible para Medicaid, califica para recibir y recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de recetas médicas. Ya que usted participa en el programa de "Ayuda Adicional", **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina "Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados", también denominada (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos medicamentos excluidos de la Parte D están cubiertos por las Partes A y B de Medicare o bajo AHCCCS (Medicaid).

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, utilizamos la denominación "Lista de Medicamentos".
  - Esta Lista de Medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
  - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en www.BannerUCA.com. La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este documento.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de Farmacias* del plan**. En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). El *Directorio de Farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido"; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El "**deducible**" es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El "**copago**" es una cantidad fija que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El "**coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Banner – University Care Advantage?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago de los medicamentos" para su cobertura para medicamentos recetados de la Medicare Parte D según Banner – University Care Advantage. La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido.

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos de receta, su cantidad de deducible será $0 o $92, dependiendo del nivel de la "Ayuda Adicional" que recibe. (Consulte el documento incluido, el "Anexo LIS", para encontrar su cantidad de deducible.) *Si su deducible es $0:* Esta etapa de pago no le aplica a usted. *Si su deducible es $92:* **Usted paga el costo completo** de sus medicamentos hasta que haya pagado $92 por sus medicamentos. (Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo.)	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** Después de que usted (u otros en su nombre) haya alcanzado su deducible, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Se queda en esta etapa hasta que sus **"costos de su bolsillo"** del año hasta la fecha (sus pagos) asciendan a $6,550. (Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo.)	Como no hay brecha de cobertura para el plan, esta etapa de pago no le aplica a usted.	Durante esta etapa, **el plan paga la mayoría de los costos** de sus medicamentos durante el resto del año de calendario (hasta e incluyendo el 31 de diciembre de 2021). (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo.)

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

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

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo "**que paga de su bolsillo**".
- Llevamos un registro de los "**costos totales de sus medicamentos**". Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se lo denomina "EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos recetados a lo largo del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, tal como aumento en el precio y otros medicamentos con menor costo compartido que puedan estar disponibles. Debe consultar con su prescriptor sobre estas opciones de menor costo. Aquí encontrará lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos recetados que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información del precio del medicamento.** Esta información mostrará aumento en el porcentaje impositivo acumulativo para cada reclamo de recetas.
- **Medicamentos alternos de bajo costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamo de receta que puede estar disponible.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos recetados que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos recetados.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo por el medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este documento). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de

teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de los medicamentos

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $445

La mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos de receta, así que la Etapa de Deducible no le corresponde a la mayoría de ellos. Si usted recibe "Ayuda Adicional", la cantidad de su deducible depende del nivel de "Ayuda Adicional" que recibe. Usted:

- No pagará un deducible, **o**
- --o—Pagará un deducible de $92.

Consulte el documento incluido (el "Anexo LIS") para ver información sobre su cantidad de deducible.

Si no recibe "Ayuda Adicional", la Etapa de Deducible es la etapa de primer pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa empieza cuando surte su primera receta del año. Cuando está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar la cantidad de deducible del plan, que es $445 para 2021.

- Generalmente, su "**costo completo**" es más bajo que el precio completo normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El "**deducible**" es la cantidad que debe usted pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan empiece a pagar su parte.

Una vez haya pagado $445 por sus medicamentos sale de la Etapa de Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el copago o la cantidad de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos recetados.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que usted paga por un medicamento está determinada según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este documento y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

- El "**copago**" es una cantidad fija que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El "**coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor*.

- Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 31 días)
Medicamentos genéricos y medicamentos de marca tratados como genéricos	$0 copago o $1.30 copago o $3.70 copago o 15% de coseguro por receta	$0 copago o $1.30 copago o $3.70 copago o 15% de coseguro por receta	$0 copago o $1.30 copago o $3.70 copago o 15% de coseguro por receta
Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos	$0 copago o $4.00 copago o $9.20 copago o 15% de coseguro por receta	$0 copago o $4.00 copago o $9.20 copago o 15% de coseguro por receta	$0 copago o $4.00 copago o $9.20 copago o 15% de coseguro por receta
Usted está recibiendo “Ayuda Adicional” así que su copago depende de sus ingresos y su estatus institucional. Si no está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare, pagará un monto más alto por sus medicamentos recetados.			

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

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su doctor le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su doctor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su doctor le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, la cantidad que pagará será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
    - A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 31 días) es $31. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su doctor que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos recetados para no tener que ir tantas veces a la farmacia. La cantidad que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* (90 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo

es para 90 días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

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

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)
Medicamentos genéricos y medicamentos de marca tratados como genéricos	$0 copago o $1.30 copago o $3.70 copago o 15% de coseguro por receta	$0 copago o $1.30 copago o $3.70 copago o 15% de coseguro por receta
Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos	$0 copago o $4.00 copago o $9.20 copago o 15% de coseguro por receta	$0 copago o $4.00 copago o $9.20 copago o 15% de coseguro por receta
Usted está recibiendo "Ayuda Adicional" así que su copago depende de sus ingresos y su estatus institucional. Si no está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare, pagará un monto más alto por sus medicamentos recetados.		

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $6,550

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total correspondiente a los medicamentos recetados que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de $6,550 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye lo siguiente:

- La cantidad total que usted pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible, la cual es $0 o $92
- El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial

- **El total que el plan pagó** como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2021, la cantidad que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que pague de su bolsillo totales alcancen los $6,550. Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. (Consulte la Sección 5.6 para obtener información sobre cómo Medicare cuenta los gastos que paga de su bolsillo). Cuando usted llega al límite de $6,550 que paga de su bolsillo, sale de la Etapa inicial del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $6,550 en un año.

Le informaremos cuando alcance la cantidad de $6,550. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 5.6 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos recetados

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llega al límite de lo que paga de su bolsillo de $6,550, usted sale de la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este documento):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:

  - La Etapa de deducible
  - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otra persona u organización**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa "Ayuda Adicional" de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $6,550 dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos recetados:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos solamente por AHCCCS (Medicaid).
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.

- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $6,550 en el año, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 6 No hay un período sin cobertura para Banner – University Care Advantage

Sección 6.1 Usted no tiene un período sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D

No hay un período sin cobertura para Banner – University Care Advantage. Una vez que abandona la Etapa de cobertura inicial, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

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

Usted reúne las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $6,550 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos de receta, sus costos por medicamentos de receta dependerán del nivel de "Ayuda Adicional" que recibe. Durante esta etapa, su parte del costo por un medicamento cubierto será:

- $0; *o*
- Un coseguro o un copago, la cantidad que sea la *mayor*:
    - – *sea*– Coseguro de un 5% del costo del medicamento
    - –*o* – $3.70 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y $9.20 para todos los otros medicamentos.
    - **Nuestro plan paga el resto** del costo

Consulte el documento anexo ("LIS") para ver información sobre sus costos durante la Etapa de Cobertura Catastrófica.

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

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

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

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

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina "colocación" de la vacuna).

¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

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

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su doctor.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.

- Entonces podrá pedirle al plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este documento (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su doctor, donde se le administrará.

- Usted deberá pagarle a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su doctor le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este documento.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el doctor por la administración de la vacuna.

Sección 8.2 Usted puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente antes de administrarse una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero a nuestro Centro de Atención al Cliente cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos 155

Sección 1.1 Si usted paga por los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 155

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 157

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 157

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 158

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 158

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 159

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 159

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 159

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

Sección 1.1 Si usted paga por los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo completo de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos realizar el pagarla. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado por un servicio de Medicare o artículo cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama "reembolsar"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la cantidad que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido.

1. **Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted debe pedirle al proveedor que emita una factura al plan.

   - Si usted paga la cantidad total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos la cantidad del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
   - Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
     - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la cantidad de la parte que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde del costo.

- Si es elegible para asistencia de costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no permitimos que los proveedores le facturen por servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente, y le protegemos a usted de cualquier cobro. Esto es cierto aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte el Capítulo 4, Sección 1.4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Usted debe pedirnos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su rembolso. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento).

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

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos recetados. (Solo cubrimos los medicamentos recetados presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su doctor para reembolsarle el medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos por la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y cualquier factura o recibo a esta dirección:

Banner – University Care Advantage
Attn: Customer Care Center
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

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

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo de la atención o el medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al denegar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al denegar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer el Capítulo 9, Sección 5. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como "apelación". Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio doctor, vaya al Capítulo 9, Sección 6.3.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 7.5.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura Catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de Cobertura Catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en el caso descritos anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 163

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)..... 163

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.) 163

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 164

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 164

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 165

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 167

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 169

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?..... 169

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 170

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 170

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 170

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante nuestro Centro de Atención al Cliente al (877) 874-3930. 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 o en este correo se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información adicional.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call our Customer Care Center (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan’s benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call our Customer Care Center (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Customer Care Center at (877) 874-3930. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact our Customer Care Center for additional information.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 brinda una explicación más amplia). Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para saber qué doctores aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una referencia médica.

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9, Sección 11 de este documento le explica lo que puede hacer. (Si se ha denegado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 5 le explica lo que puede hacer).

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

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

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

Como miembro de Banner – University Care Advantage, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores 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 los proveedores o las farmacias, puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento) o visitar nuestro sitio web en www.BannerUCA.com.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este documento, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
    - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este documento y la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, además de la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, describen qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
    - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
    - Si un servicio doctor o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio doctor o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.

- Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este documento. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este documento.

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

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus doctores y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su enfermedad y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su enfermedad, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de denegar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro doctor, incluso si su doctor le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si deniega el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una

atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este documento indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un doctor o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante Arizona Medical Board al (877) 255-2212.

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

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

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

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro doctor**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Doctor (SHIP)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Sus derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este documento Evidencia de Cobertura sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que paga.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos recetados, debe comunicárnoslo**. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).
    - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare y AHCCCS (Medicaid) para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Dígale al doctor y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus doctores y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica**.
    - Para ayudar a que sus doctores y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus doctores acordaron.
    - Asegúrese de que los doctores conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos sin receta, las vitaminas y los suplementos.
    - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus doctores y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su doctor, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Banner – University Care

Advantage, AHCCCS (Medicaid) paga sus primas de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y sus primas de la Parte B. Si AHCCCS (Medicaid) no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para permanecer como miembro del plan.

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija) *O* coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que 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 usted recibe algún servicio doctor o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus elevados ingresos (según se reportó en su última declaración de impuestos), debe pagar esta cantidad directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
  - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 177
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud ... 177
Sección 1.2 Acerca de los términos legales ... 177

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros ... 178
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ... 178

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? ... 179
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para beneficios de Medicare o beneficios de AHCCCS (Medicaid)? ... 179

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE ... 180

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare ... 180
Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas ... 180

SECTION 5 Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones ... 181
Sección 5.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y poner apelaciones: generalidades... 181
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación ... 182
Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación? ... 183

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 184
Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos su atención médica 184
Sección 6.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) ... 186
Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) ... 190
Sección 6.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2 ... 193

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 196

SECCIÓN 7 Medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 197

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 197

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? 199

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 201

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 201

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 205

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 208

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el doctor le está dando de alta demasiado pronto 210

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 210

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 212

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 215

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.... 216

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 219

Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) 219

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 220

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 221

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 223

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.... 224

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 227

Sección 10.1 Niveles de Apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 227

Sección 10.2 Niveles de Apelaciones 3, 4, y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 229

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 230

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 230

Sección 11.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo". 232

Sección 11.3 Paso a paso: presentación de una queja 232

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad 234

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 235

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID 235

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) 235

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende de dos aspectos:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare o AHCCCS (Medicaid).** Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o AHCCCS (Medicaid), o ambos, póngase en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento.)

2. El tipo de problema que tenga:

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

Estos procesos han sido autorización por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

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

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la

ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Doctor (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En el Capítulo 2, Sección 3 de este documento encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

Puede recibir ayuda e información de AHCCCS (Medicaid)

Para obtener información adicional sobre AHCCCS (Medicaid), puede llamar a Servicios para Solicitantes y Miembros de AHCCCS al 1(855) HEA-PLUS (1-855-432-7587), lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. AZ Relay Service para personas con impedimentos auditivos: 1-800-367-8939.

Si usted experimenta demoras o necesita ayuda para acceder a servicios de salud del comportamiento, llame a la Unidad de Resolución Clínica de AHCCCS al 1-800-867-5808.

Para obtener la dirección de correo de AHCCCS (Medicaid) e información sobre el sitio web, consulte Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para beneficios de Medicare o beneficios de AHCCCS (Medicaid)?

Debido a que usted tiene Medicare y recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid), cuenta con diferentes procesos que puede usar para manejar un problema o una queja. El proceso que utilice dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de AHCCCS (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, entonces deberá usar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por AHCCCS (Medicaid), entonces deberá usar el proceso de AHCCCS (Medicaid). Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de AHCCCS (Medicaid), póngase en contacto con Nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

El proceso de Medicare y el proceso de AHCCCS (Medicaid) se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debería leer, consulte la siguiente tabla.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ**.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de AHCCCS (Medicaid)?

(Si necesita ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid, póngase en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente. En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente.)

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Manejo de problemas con sus beneficios de Medicare."**

Mi problema es sobre los beneficios de **AHCCCS (Medicaid)**.

Vaya a la **Sección 12** de este capítulo, "Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)".

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su inquietud o problema sobre sus beneficios de **Medicare**, utiliza esta tabla:

¿Tiene un problema o inquietud sobre sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

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

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

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

SECTION 5 Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y poner apelaciones: generalidades

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura para usted siempre que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos nosotros. Por ejemplo, su doctor de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su doctor de la red lo remite a un especialista. Usted o su doctor también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su doctor no está seguro de si cubriremos un servicio doctor particular o

nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio doctor antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si denegamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de Revisión Independiente que no está conectada con nuestro plan.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2.
- Consulte la Sección 6.4 de este capítulo para más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Doctor (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su doctor puede realizar la solicitud por usted.**
  - Su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su doctor debe ser designado como su representante.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su doctor u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento) y pida el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.BannerUCA.com). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia médica. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

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

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

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

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguro doctor (el Capítulo 2, Sección 3 de este documento tiene los números de teléfono para este programa).

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

¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Una guía de "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

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

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura para atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos y los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas para la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En aquellos casos, explicaremos cómo se diferencian las reglas para el medicamento recetados de la Parte B y las reglas para artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.

2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su doctor u otro proveedor doctor, y usted cree que el plan cubre dicha atención médica.

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.

4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

    - NOTA: **si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:
        - Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el doctor le está dando de alta demasiado pronto.*
        - Sección 9 de este capítulo: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
    - Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 6) como su guía sobre lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 6.2**.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio doctor de la forma que usted quiere que esté cubierto o pagado	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.3** de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos atención médica que ya ha recibido y pagado	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

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

Paso 1: usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "**decisión de cobertura rápida".**

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina "**decisión acelerada**".

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su doctor o su representante pueden hacer esto.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **La decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio doctor**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- Para solicitar **un artículo o servicio doctor, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio doctor. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
    - **Para una solicitud para un artículo o servicio doctor, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su doctor nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su doctor, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su enfermedad no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le dirá que, si su doctor pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida en caso de una solicitud para un artículo o servicio doctor, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, responderemos en un **plazo de 24 horas.**
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de

24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

- Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o dentro de 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicara por qué denegamos su solicitud.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar"

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud para un artículo o servicio doctor, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** de recibida su solicitud.
  - En el caso de una solicitud para un artículo o servicio doctor, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), o dentro de 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicara por qué denegamos su solicitud.

Paso 3: si denegamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.

- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

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

Paso 1: nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su doctor o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** También puede pedir una apelación llamándonos al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica).*
    - Si un tercero, que no sea su doctor, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento) y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en *www.BannerUCA.com*. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será

denegada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de denegar su apelación.

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en el Capítulo 2, Sección 1(*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explicar la razón de por qué su apelación se ha vencido cuando hace su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su doctor pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina "**reconsideración acelerada**".

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su doctor deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su doctor nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su doctor para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si nos pide más tiempo, o si necesitamos obtener más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio doctor. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetados de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre su solicitud para un artículo o servicio doctor **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que no ha recibido, responderemos **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio doctor. Si decidimos

que necesitamos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales para su solicitud para un artículo o servicio doctor), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Entonces una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio doctor, o en un plazo de **7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si denegamos una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando denegamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si DENEGAMOS su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se la denomina "**IRE**".

Paso 1: la Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si solicita para un artículo o servicio doctor y la Organización de Revisión Independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio doctor, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.

- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio doctor y la Organización de Revisión Independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio doctor,** debemos:
  - autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o
  - proporcionar el servicio **en el plazo de 14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares** o
  - proporcionar el servicio **en el plazo de 72 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para solicitudes rápidas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos:
  - autorizar la cobertura del medicamento con receta de la Parte B de Medicare bajo disputa **en el plazo de 72 horas** de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes estándares** o
  - **en el plazo de 24 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes rápidas**.
- **Si esta organización deniega una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “denegar su apelación”).
  - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo conocer la cantidad en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Consulte la Sección 10 de este capítulo para más información.
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos nuestra parte de una factura que ha recibido para atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este documento: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

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

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este documento: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o denegaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si denegamos su solicitud de pago, equivale a haber *negado* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

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

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Una guía de "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

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

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones "medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

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

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como estas:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra autorización antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* si su farmacia le dice que su receta no surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Nos puede solicitar que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 7.2** de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita.	Nos puede solicitar una decisión de cobertura. Pase a la **Sección 7.4** de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó.	Nos puede solicitar un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura.) Pase a la **Sección 7.4** de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted lo desea.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Pase a la **Sección 7.5** de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su doctor o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su doctor o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** (Nosotros la denominamos "Lista de Medicamentos" para abreviarla).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos se denomina, en ocasiones, "**excepción al formulario**".

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 4).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, "**excepción al formulario**".

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
  - *Que se obtenga la autorización del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").
  - *Que se exija probar primero otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "tratamiento escalonado").
  - *Límites de cantidad*. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su doctor debe explicarnos las razones médicas

Su doctor o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su doctor o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su doctor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si denegamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 7.5 de este capítulo le indica cómo presentar una apelación si denegamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su doctor (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre los medicamentos*

recetados de la Parte D. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.*

- **Usted, su doctor u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 5.2 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este documento: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su doctor u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos "declaración de respaldo"). Su doctor o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su doctor o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 7.2 y 7.3 de este capítulo.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina una "**determinación de cobertura acelerada**".

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su doctor. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su doctor.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *únicamente* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *únicamente* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*

- **Si su doctor o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su doctor ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su enfermedad no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le dirá que, si su doctor o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
  - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se indica cómo presentar una queja "rápida", lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir una justificación de su doctor que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del doctor que respalda su solicitud.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicara por qué denegamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
    - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su doctor que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **brindarle la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del doctor que respalda su solicitud.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicara por qué denegamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicara por qué denegamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si denegamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud de cobertura, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama "**redeterminación**".

Paso 1: se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada: *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D).*
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su

apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
  - Si así lo desea, usted y su doctor o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina "**redeterminación acelerada**".

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su doctor o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su doctor o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicara por qué denegamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación "rápida".
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicara por qué denegamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicara por qué denegamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si denegamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si denegamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada al denegar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se la denomina "**IRE**".

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, doctor u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si denegamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si la organización deniega su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "denegar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el doctor le está dando de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Durante su hospitalización cubierta, su doctor y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la "**fecha de alta**".
- Cuando se haya decidido la fecha de alta, su doctor o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se las ingresa en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado.

Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su doctor. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y tener el derecho a saber quién pagará por ella
   - Dónde informar cualquier asunto que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital
   - Su derecho a apelar la decisión de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede "**solicitar una revisión inmediata**". Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le solicitará firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre se le pedirá firmar el aviso. (La Sección 5.2 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *únicamente* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha de alta (su doctor o el personal del hospital le indicarán su fecha de alta). Firmar el aviso ***no*** **significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro doctor, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida un "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una "revisión rápida" también se denomina una "revisión inmediata".

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la

calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este documento).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no después de la medianoche de la fecha prevista de alta**. (La "fecha prevista de alta" es la fecha que se ha fijado para que salga del hospital).
    - Si usted cumple con este plazo, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costo*s correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, y todavía desea apelar, debe hacerlo directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la Mejora de la Calidad que realice una "**revisión rápida**" del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

<u>Paso 2:</u> la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por

qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina "**Aviso de alta detallado**". Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html .

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si la deniegan?

- Si la organización de revisión *deniega* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *deniega* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si deniegan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la deniega:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la deniegan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión deniega su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación de alta del hospital. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista de alta, o cualquiera que ocurra primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la revisión "rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una revisión "rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si denegamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si *denegamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando denegamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente"**. Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos al denegar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se la denomina "**IRE**".

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista de alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *deniega* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista de alta era médicamente apropiada.

- En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Esta sección hace referencia a los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Servicios de atención médica en el hogar** que está recibiendo
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura

que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
   - En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una "**apelación rápida**". Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 9.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación rápida).
El aviso escrito se denomina **"Aviso de no Cobertura de Medicare".**

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre se le solicitará firmar el aviso. (La Sección 5.2 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro doctor, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de doctores y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación rápida” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios doctores.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad antes del mediodía del día antes de la fecha de alta en su Aviso de no Cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y todavía desea presentar una apelación, debe hacerla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su doctor y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso por escrito se denomina "**Explicación detallada de no cobertura**".

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si los revisores deniegan su apelación?

- Si los revisores *niegan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**. Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención**.

Paso 4: si deniegan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *deniegan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más largo

Si la Organización para la Mejora de la Calidad a denegado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención médica una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad *deniega* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la deniega?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la deniega, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina "**apelación acelerada**".

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: hacemos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si denegamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral

para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si *denegamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando denegamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente"**. Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos al denegar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se la denomina "**IRE**".

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *deniega* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
    - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Apelaciones Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio doctor sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador deniega su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador deniega su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor expresado en dólares.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Apelaciones Niveles 3, 4, y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido denegadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con una cantidad en dólares determinada, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se deniega, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador deniega su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se deniega, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación o deniega su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *únicamente* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Centro de Atención al Cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por nuestro Centro de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un doctor?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no

Queja	Ejemplo
	lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales
• En esta sección, una "**queja**" también se denomina "**reclamo**". • Otro término para "**presentar una queja**" es "**interponer un reclamo**". • Otra forma de decir "**usar el proceso para quejas**" es "**usar el proceso para interponer un reclamo**".

Sección 11.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Normalmente, el primer paso consiste en llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente.** Si debe hacer algo más, nuestro Centro de Atención al Cliente se lo indicará. Puede llamar al (877) 874-3930, 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. Usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Usted tiene el derecho de presentar una queja si tiene un problema u otra inquietud aparte de una que involucre una determinación en su contra acerca de un pago o autorización de

servicios o suministros (aparte de una determinación de cobertura, determinación de la organización o una determinación de Subsidio de bajos ingresos o Multa por inscripción tardía). Si tiene preguntas sobre este proceso o desea presentar una queja, por favor, llámenos. Puede presentar su queja en persona, por teléfono o por escrito. Nuestra información de contacto es:

Banner – University Care Advantage
2701 E. Elvira Road
Tucson, AZ 85756

Centro de Atención al Cliente: (877) 874-3930, Usuarios de TTY deben llamar al 711
(866) 465-8340 (Fax)
BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com

Horario de oficina: 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.

Su queja debe ser presentada dentro de 60 días después del incidente o problema. Banner – University Care Advantage se esfuerza por responder oportunamente a cada queja. Si nos llama y no podemos resolver su quejo por teléfono, le responderemos dentro de 30 días de calendario desde la fecha en que presente su queja. El plazo de tiempo más largo que Banner – University Care Advantage puede tardar en responder una queja es 30 días. Si Banner – University Care Advantage necesita más información o la demora será beneficial para usted, podemos tomar hasta 14 días más para responder a su queja. Le notificaremos de la necesidad de una extensión de 14 días, y le explicaremos la razón por la extensión y cómo es beneficial para usted, y las instrucciones sobre cómo presentar una queja "rápida" o acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar la extensión.

Si presenta una queja por escrito, tiene una queja relacionada a la calidad de atención o si pide una respuesta por escrito, entonces Banner – University Care Advantage le responderá por escrito. Usted tiene dos opciones para presentar una queja relacionada a la calidad de atención. Puede presentar su queja relacionada a la calidad de atención con Banner – University Care Advantage y/o directamente con la Organización de Mejora de Calidad (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 – University Care Advantage que le demos una respuesta "rápida" o acelerada para una decisión de cobertura o apelación y hemos dicho que no, puede presentar una queja "rápida" o acelerada. Si está en desacuerdo con la decisión de Banner – University Care Advantage de extender el plazo para tomar una determinación de cobertura, debemos tratar este desacuerdo como una queja "rápida" o acelerada. Banner – University Care Advantage le proporcionará una respuesta para queja "rápidas" o aceleradas dentro de 24 horas.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una queja "rápida".** Si se le ha concedido una queja "rápida", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales
En esta sección, una "**queja rápida**" también se denomina "**reclamo acelerado**".

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su enfermedad requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
    - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

- Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.

- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Banner – University Care Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)

Usted debe comunicarse con su plan de AHCCCS (Medicaid) directamente. Si tiene Banner – University Family Care, a continuación, le informará cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid).

Preocupaciones o reclamos acerca de Banner – University Family Care (AHCCCS Complete Care)

Para preguntas, o para presentar una queja, comuníquese con nuestro Departamento de Quejas y Apelaciones.

Banner – University Family Care
Attn: Grievance & Appeals Department
2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
Teléfono: (800) 582-8686, pida hablar con Quejas y Apelaciones
Fax: (866) 465-8340
BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com

¿Qué debe hacer si tiene preguntas, problemas o quejas sobre Banner – University Family Care?

Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente si desea reportar un reclamo (una queja) o si tiene una insatisfacción específica con cualquier aspecto de su atención o con un proveedor. Ejemplos de quejas incluyen: problemas con el servicio, problemas con el transporte, problemas con la calidad de atención y problemas con la oficina de un proveedor.

Servicios de intérprete están disponibles en cualquier idioma sin costo para usted.

Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para presentar una queja (reclamo). También puede presentar su queja por escrito enviándolo a la dirección indicada anteriormente en esta página. Su queja será revisada y le será proporcionada una respuesta a más tardar noventa (90) días desde la fecha en que se comunicó con nosotros.

Apelación y solicitud de audiencia justa

¿Qué sucede si no está de acuerdo con un servicio denegado?

Si no está satisfecho con una "acción", como una reducción, interrupción o terminación de servicios previamente aprobados, o denegación de servicios, o denegación de pago por servicios por Banner – University Family Care, puede presentar una “apelación”. Una apelación debe ser presentada dentro de 60 días desde la fecha en que usted recibe la Notificación de Determinación Adversa de Beneficio de Banner – University Family Care.

¿Quién puede presentar una apelación?

Usted, como el afiliado, su representante, o un representante legal de la descendencia de una persona afiliada fallecida, puede presentar una apelación. Un proveedor, en nombre de un afiliado y con el consentimiento por escrito del afiliado, puede presentar una apelación.

¿Qué puede apelar?

Las razones por que puede apelar incluyen:

- Denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo el tipo o nivel de servicio.
- Reducción, suspensión, o terminación de un servicio previamente autorizado.
- Denegación, entera o parcialmente, del pago de un servicio.
- Por no proporcionar servicios oportunamente.
- Por no tomar acción dentro del plazo requerido para una resolución estándar y acelerada de apelaciones y la disposición estándar de un agravio.
- La denegación de la solicitud de un afiliado que vive en un área rural para obtener servicios fuera de la red del contratista según 42CFR 438.52(b)(2)(ii), si el contratista es el único contratista en el área rural.

¿Cómo presenta una apelación?

Puede enviar la apelación por correo, fax, o correo electrónico al Departamento de Quejas y Apelaciones o puede llamar y pedir hablar con un representante de apelaciones usando la información proporcionada anteriormente en esta página. Banner – University Family Care le proporcionará una decisión por escrito dentro de 30 días de la presentación de la apelación.

¿Cómo solicita una Audiencia Estatal Imparcial?

Si no está conforme con la decisión sobre su apelación, puede presentar una solicitud de una Audiencia Estatal Imparcial con Banner – University Family Care. Esta solicitud debe hacerse por escrito a Banner – University Family Care dentro de 120 días desde la fecha de recibo de la decisión de apelación. Puede enviar su solicitud por correo, fax, o correo electrónico al Departamento de Quejas y Apelaciones. Banner – University Family Care enviará su apelación a AHCCCS (Medicaid) y una fecha de audiencia será programada para que usted asista. Además, hay Programas de Servicios Legales en su área que podrían ayudarle con el proceso de audiencia. También puede encontrar información legal general sobre sus derechos en línea en el siguiente sitio web: www.azlawhelp.org.

¿Qué es una apelación acelerada?

Puede presentar una apelación acelerada, o su proveedor puede presentarla en su nombre con su autorización por escrito. Las autorizaciones rápidas serán aprobadas solo si Banner – University Family Care determina que el tiempo necesario para procesar la apelación estándar pondría en riesgo serio su salud, vida, o capacidad de ganar, mantener o recuperar funcionamiento máximo. Si una solicitud de apelación acelerada no es aprobada, Banner – University Family Care le notificará dentro de veinticuatro (24) horas.

¿Puede continuar recibiendo servicios durante el proceso de apelación?

Sí, pero la solicitud debe ser presentada por escrito y debe ser recibida por Banner – University Family Care dentro de 10 días de haber recibido la Notificación de Determinación Adversa de Beneficio. No obstante, es posible que usted sea responsable por el pago de dichos servicios si Banner – University Family Care afirma la denegación.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción ... 240

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan ... 240

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ... 240

Sección 2.1 Posiblemente pueda cancelar su membresía por tener Medicare y AHCCCS (Medicaid) ... 240

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual ... 241

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage ... 242

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial ... 243

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? ... 244

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ... 245

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan ... 245

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ... 246

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan ... 246

SECCIÓN 5 Banner – University Care Advantage debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones ... 247

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? ... 247

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud ... 248

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan ... 248

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Banner – University Care Advantage puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan. La Sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuando su inscripción en el nuevo plan con nueva cobertura comenzará.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Posiblemente pueda cancelar su membresía por tener Medicare y AHCCCS (Medicaid)

La mayoría de la gente con Medicare puede terminar su membresía solamente durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene AHCCCS (Medicaid), posiblemente pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos periodos, tendrá que esperar el próximo periodo para cancelar su membresía o cambiarse a otro plan. No puede usar este Periodo de Inscripción Especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. No obstante, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Periodo de Inscripción Anual. La Sección 2.2 le informa sobre el Periodo de Inscripción Anual.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
    - Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

    Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura "acreditable" para medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare).

    Comuníquese con la Oficina Estatal de AHCCCS (Medicaid) para informarse sobre sus opciones de planes de AHCCCS (Medicaid) (los números de teléfono figuran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía terminará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el Período de inscripción anual (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
  - *O bien,* Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

    Si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura válida por 63 días o más continua para medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte el Capítulo 1, Sección 4.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de Inscripción Especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - En general, cuando se muda
  - Si tiene AHCCCS (Medicaid)
  - Si es elegible para "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados de Medicare
  - Si rompemos nuestro contrato con usted
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC)

  Nota: La Sección 2.1 le informa sobre el periodo de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid).

- **¿Cuáles son los Períodos de Inscripción Especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.

- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos 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 cubra medicamentos recetados).
  - Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
  - *bien,* Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

    Si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se pasa a Medicare Original y no se inscribe

en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura "acreditable" para medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "válida" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte el Capítulo 1, Sección 4.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le informan sobre el periodo de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid) y Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2021***.
  - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia del manual *Medicare y Usted*. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan. No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Medicare Original pero no ha elegido un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).
- *bien,* puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura empezará el primer día del siguiente mes. Su inscripción en Banner – University Care Advantage se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura empezará el primer día del siguiente mes. Su inscripción en Banner – University Care Advantage se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:

• Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
  o Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.
  o Si se da de baja de un plan de medicamentos de receta de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados por 63 días o más continuos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente
	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).
	• También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
	• Su inscripción en Banner – University Care Advantage se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de beneficios de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con el programa AHCCCS (Medicaid) al (855) 432-7587, AZ Relay Service para personas con impedimentos auditivos, al 1-800-367-8939. El Horario de oficina es de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Pida información sobre cómo el afiliarse a otro plan o volver a Medicare Original afectará la manera en que recibe su cobertura de AHCCCS (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Banner – University Care Advantage, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos recetados hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Banner – University Care Advantage debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Banner – University Care Advantage debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para AHCCCS (Medicaid). Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles para los dos Medicare y AHCCCS (Medicaid). Continuaremos proporcionando cobertura Medicare durante 6 meses. Durante este periodo usted debe volver a ganar su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) para permanecer en nuestro plan.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos

hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **nuestro Centro de Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Banner – University Care Advantage no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 11 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 251

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 251

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... 252

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de Cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial doctor, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, nuestro Centro de Atención al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Banner – University Care Advantage, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué doctores y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: (1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una enfermedad de emergencia.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su doctor u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su doctor u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: un auxiliar de atención de la salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelar o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de Atención al Cliente – Un departamento dentro de nuestro plan que tiene la responsabilidad de contestar sus preguntas acerca de su membresía, sus beneficios, sus agravios, y sus apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo ponerse en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería o rehabilitación especializadas brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un doctor.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y AHCCCS (Medicaid) (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro doctor, como una consulta con el doctor, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta con el doctor o por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos recetados y servicios después de pagar los deducibles. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido: se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su doctor le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su doctor le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de "costo compartido". El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que "paga de su bolsillo" un miembro.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es la cantidad que debe pagar por los medicamentos recetados o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o

escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "decisiones de cobertura" en este documento. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son los dispositivos médicos solicitados por su doctor u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o enfermedad que se agrava rápidamente.

Equipo doctor duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su doctor por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $6,550 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo para el año alcancen $6,550.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el

plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un doctor o el hospital) factura al paciente más que la cantidad del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Banner – University Care Advantage, solo tiene que pagar las cantidades del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o cobren, de otra manera, más que la cantidad del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan Como se explicó en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años en adelante. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos"): una Lista de Medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de doctores y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

AHCCCS (Medicaid) (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de AHCCCS (Medicaid) varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para tanto para Medicare como AHCCCS (Medicaid). En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo comunicarse con AHCCCS (Medicaid) en su estado.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero por lo general es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), o un plan Medicare Advantage.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el doctor u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura

de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros doctores y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y AHCCCS (Medicaid) (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, está por encima de cierto monto, pagará la cantidad de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cobro adicional añadido a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: la cantidad máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las cantidades que paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta en la cantidad máximo que paga de su bolsillo. Si es elegible para asistencia de costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted no tiene la responsabilidad de pagar cualquiera de los costos de su propio bolsillo hacia la cantidad máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos alcanzan este monto máximo que pagan de su bolsillo.) Consulte al Capítulo 4, Sección 1 para obtener información sobre la cantidad máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de cumplir los requisitos por primera vez para inscribirse en un Plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía si pasa continuamente 63 o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados válida.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o plan Medicare con "pago por servicio"): el plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los

planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier doctor, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro doctor), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos recetados, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Periodo de Inscripción Abierta para Medicare Advantage: Un periodo fijo cada año cuando los miembros en un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiar a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura por medio de Medicare Original. Si desea cambiar a Medicare Original durante este periodo, también puede unirse a un plan por separado de medicamentos recetados de Medicare en ese tiempo. El Periodo de Inscripción Abierta para Medicare Advantage es del 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible por un periodo de 3 meses después de primero cumplir los requisitos para Medicare.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que califica para cobertura de Medicare y AHCCCS (Medicaid).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un plan de necesidades especiales en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo. Estos centros de atención a largo plazo pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con retraso

mental (ICF/MR); o centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Para que un plan institucional de necesidades especiales brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de atención a largo plazo, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan de necesidades especiales institucional en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y AHCCCS (Medicaid), que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específica. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO), Organización de proveedores preferidos (PPO), un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de

Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda Adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para referirnos a doctores, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este documento, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo". El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o enfermedad imprevista, que no es de emergencia y que requiere de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

nuestro Centro de Atención al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente, consulte el Capítulo 2.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su enfermedad con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el doctor en primer lugar.

Centro de Atención al Cliente de Banner – University Care Advantage

Método	Centro de Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(877) 874-3930 Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. Nuestro Centro de Atención al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de oficina son de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Banner – University Care Advantage 2701 E. Elvira Road Tucson, AZ 85756
SITIO WEB	www.BannerUCA.com

Departamento de Administración para los Adultos y la Tercera edad de Arizona, Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud de Arizona (SHIP de Arizona)

Arizona SHIP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	Teléfono local (602) 542-4446 Línea gratuita en todo el estado (800) 432-4040 (deje un recado)
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	Arizona SHIP 1789 W. Jefferson St. Site Code 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	des.az.gov

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*