



**Select
Health**

Select Health Medicare | 2024

Evidencia de Cobertura

Select Health Medicare
Classic (HMO) 014

Esta página dejada en blanco intencionadamente

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios médicos de Medicare y cobertura de servicios y medicamentos con receta como miembro de Select Health Medicare Classic (HMO).

Este documento le ofrece los detalles sobre su cobertura de Medicare de atención médica y medicamentos con receta, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para miembros al 855-442-9900 (línea gratuita) para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Esta llamada es gratuita. Los horarios son:

- **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos.

Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil.

Este plan, Select Health Medicare Classic, es ofrecido por Select Health. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* indica “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Select Health. Cuando aparecen las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa Select Health Medicare Classic).

Este documento está disponible sin costo en español.

Este documento puede estar disponible en formatos alternativos. Para solicitar un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros al **855-442-9900** (gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

La lista de medicamentos recetados disponibles, la red de farmacias y la red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Le avisaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- la prima y los costos compartidos de su plan;
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo contactarnos si necesita más asistencia; y
- otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Y0165_2626214_014_C

Servicios de interpretación en varios idiomas 1-855-442-9900 (TTY:711)

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No le tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, y/o condición de veterano. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos si lo solicita a Select Health Medicare al **855-442-9900 (TTY: 711)**

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-442-9900**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-855-442-9900**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-855-442-9900**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-442-9900**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-442-9900**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-442-9900** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-442-9900**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-442-9900** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-442-9900**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمة المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-442-9900** سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-442-9900** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-442-9900**. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-442-9900**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-442-9900**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-442-9900**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-442-9900**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Evidencia de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Empezando como miembro</i>.....	5
SECCIÓN 1 Introducción.....	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá.....	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Select Health Medicare Classic.....	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....	13
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día el registro de membresía en el plan.....	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros tipos de seguro con nuestro plan.....	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>.....	18
SECCIÓN 1 Números de contacto de Select Health Medicare Classic (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactar a Servicios para Miembros del plan)	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	22
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare de forma gratuita).....	24
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	25
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	27
SECCIÓN 6 Medicaid.....	27
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.....	28
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de retiro ferroviario	32
SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un seguro de grupo u otro seguro médico a través de un empleador?	33
CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para sus servicios médicos</i>.....	34
SECCIÓN 1 Lo que usted debe saber acerca de cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan	35
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir su atención médica.....	36
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre.....	41

SECCIÓN 4	¿Qué pasa si se le presenta la factura a usted directamente por el costo total de sus servicios?	43
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?	44
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica	46
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos	47
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)</i>.....		50
SECCIÓN 1	Explicación de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos.....	51
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para averiguar lo que está cubierto y cuánto va a pagar.....	52
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	103
CAPÍTULO 5: <i>Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D del plan.</i>		111
SECCIÓN 1	Introducción.....	112
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	112
SECCIÓN 3	Es necesario que sus medicamentos estén en la “Lista de medicamentos” del plan	116
SECCIÓN 4	Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos	118
SECCIÓN 5	¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que le gustaría?	119
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	122
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	125
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	126
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	126
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y administración de medicamentos.....	128
CAPÍTULO 6: <i>Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D.</i>		131
SECCIÓN 1	Introducción.....	132
SECCIÓN 2	Lo que paga usted por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté cuando obtenga el medicamento.....	135
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa en la que está.....	135
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo completo de los medicamentos de Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos; Nivel 4,	

	Medicamentos de marca no preferidos; y Nivel 5, Medicamentos de especialidad	137
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya	137
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de Intervalo en la Cobertura.....	143
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.....	144
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que se paga depende de cómo y dónde las consiga	144
 CAPÍTULO 7: <i>Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....</i>		
SECCIÓN 1	Situaciones en que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	148
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos dinero o que paguemos una factura que ha recibido.....	150
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.....	151
 CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades.....</i>		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	154
SECCIÓN 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	163
 CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....</i>		
SECCIÓN 1	Introducción.....	167
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	167
SECCIÓN 3	Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?.....	168
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES.....		
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	169
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	172
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	180
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada para pacientes internados si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto	191

SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que nuestra cobertura va a acabar demasiado pronto	199
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y después.....	205
	CÓMO PRESENTAR QUEJAS.....	208
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	208
CAPÍTULO 10:	<i>Terminación de su membresía en el plan.....</i>	213
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de la afiliación a nuestro plan.....	214
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?.....	214
SECCIÓN 3	¿Qué tiene que hacer para terminar su membresía en nuestro plan?.....	217
SECCIÓN 4	Hasta que acabe su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	217
SECCIÓN 5	Select Health Medicare Classic debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones	218
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales.....</i>	220
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente.....	221
SECCIÓN 2	Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación.....	221
SECCIÓN 3	Aviso acerca de los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare.....	221
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes.....</i>	222
	Explica los términos clave que se usan en este manual.	

CAPÍTULO 1:

Empezando como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Select Health Medicare Classic, que es una HMO de Medicare
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y ha escogido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Select Health Medicare Classic. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Select Health Medicare Classic es un plan HMO Medicare Advantage (HMO se refiere a Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y operado por una compañía privada.

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

Sección 1.2	¿En qué consiste el documento <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	---

Este documento de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos con receta de los que dispone como miembro de Select Health Medicare Classic.

Es importante que aprenda cuáles son las reglas del plan y qué cobertura está disponible para usted. Lo animamos a que dedique un tiempo a hojear este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

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

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Select Health Medicare Classic cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos recetados disponibles)* y los avisos que pueda recibir de nosotros acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Select Health Medicare Classic entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Select Health Medicare Classic después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Select Health Medicare Classic cada año. Cada año, usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- tenga tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B;
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicios (en la sección 2.2 de más adelante se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella;
- -- y -- sea ciudadano o residente legal de Estados Unidos

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan Select Health Medicare Classic
--

Select Health Medicare Classic está disponible solamente para personas que vivan en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Idaho: Cassia, Gooding, Jerome y Minidoka.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su ubicación nueva.

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

Sección 2.3 Ciudadano o residente legal de EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a Select Health Medicare Classic si no califica para permanecer como miembro según estas bases. Select Health Medicare Classic debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de miembro siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Más abajo puede ver un ejemplo de tarjeta de membresía similar a la que usted tendrá:

Select Health Medicare Classic (HMO) 014	
In-Network Medical Benefits	Pharmacy Benefits
Medical Deductible: None	Rx Deductible: \$200
Preventive Care: \$0	Tier 1: \$0
Primary Care: \$0	Tier 2: \$6
Specialty Care: \$50	Tier 3: \$47 After Rx Ded
Connect Care SM : \$0	Tier 4: \$100 After Rx Ded
Urgent Care Clinic: \$50	Tier 5: 30% After Rx Ded
Emergency Room: \$100	RX BIN: 015938
	RX PCN: 7463
	RX GRP ID: U1000009

NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en vez de utilizar su tarjeta de membresía de Select Health Medicare Classic, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, atención de pacientes terminales o participar en estudios de investigación clínica, también llamados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

Si su tarjeta como miembro del plan se daña, extravía o se la roban, llame a nuestros Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores:

El *Directorio de proveedores* detalla los proveedores de nuestra red y proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar el monto total. Las únicas excepciones son emergencias, servicios necesarios con urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Select Health Medicare Classic autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y suministradores está disponible en nuestro sitio web, en selecthealth.org/medicare. Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (de forma electrónica o impresa) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de Directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo dentro de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

En el directorio de farmacias se indican las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias han acordado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información acerca de cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia de Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare.

Sección 3.4 La lista de medicamentos cubiertos (*Lista de medicamentos recetados disponibles*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos recetados disponibles)*. La llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar. Informa qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D y se incluyen en Select Health Medicare Classic. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de Select Health Medicare Classic.

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 actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (selecthealth.org/medicare) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Select Health Medicare Classic

Los costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menos

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados pagar por sus medicamentos. Incluyen “Ayuda Adicional” y Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. El Capítulo 2, Sección 7 le informa más sobre este programa. Si califica, inscribirse en estos programas podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre primas en esta Evidencia de cobertura no aplique en su caso**. Enviamos un folleto por separado, llamado *Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta* (también conocida como Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), que le informa acerca de su cobertura para medicamentos. Si no tiene este folleto, por favor llame a Servicios para Miembros y pregunte sobre la “Cláusula LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare son distintas para las personas que tienen ingresos distintos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y Usted 2024*, en la sección llamada *Costos de Medicare para 2024*. También puede descargar una copia en 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), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual para Select Health Medicare Classic es \$87.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan**. Esto incluye la prima para la Parte B.

También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse si en cualquier momento después de terminar su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que no tuvo una cobertura acreditable o de la Parte D para medicamentos con receta. La cobertura acreditable para medicamentos con receta es la cobertura que satisface los estándares mínimos de Medicare ya que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía se añade a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Select Health Medicare Classic, le informaremos de la cantidad de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios para medicamentos con receta.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le dirá cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Esta información puede enviarse en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía cobertura de medicamentos con receta acreditable que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** La siguiente es cobertura no acreditable para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento de medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Se hace de esta manera:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es de un 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasó 14 meses sin cobertura, la multa será de un 14%.

Capítulo 1 Empezando como miembro

- Después, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare de la nación del año anterior. Para el año 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, se multiplica el porcentaje de multa y la prima mensual promedio y después se redondea a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$34.70, lo que equivale a \$4.85. Esto se redondea a \$4.90. Este monto se sumará a la **prima mensual de cualquier persona que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años de edad y está recibiendo en la actualidad beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de cumplir 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solamente en los meses en los que no tuvo cobertura después de su período inicial de inscripción para ancianos en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante puede pedir una revisión. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** siguientes a la fecha de la primera carta que reciba indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras está esperando para que revisen la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si no, se le podría cancelar la inscripción por no pagar sus primas del plan.

Sección 4.4 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que tal vez tenga que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su

cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviaria, o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo paga su prima del plan normalmente, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que se deba. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad extra, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagarle la cantidad extra al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su plan. Si no paga la cantidad extra, se le cancelará la inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo en pagar una cantidad extra, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información acerca de cómo hacer esto, póngase en contacto con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Hay varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan
--

Existen cuatro maneras de pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Si paga con cheque, usted recibirá un estado de cuenta mensual. Sus cheques deben estar dirigidos a Select Health Medicare, no a CMS ni HHS y se deben enviar por correo a la siguiente dirección:

Select Health Medicare
Atención: Premium Billing
PO Box 30196
Salt Lake City, UT 84130

Los cheques se deben recibir el primer día del mes en el que son pagaderos.

Opción 2: Usted puede pagar por transferencia de fondos electrónicos (EFT) de su cuenta bancaria

Si usted paga por EFT tendrá que proporcionar la siguiente información:

Nombre de titular de la cuenta
Número de ruta del Banco
Número de cuenta bancaria
Tipo de cuenta: Cuenta corriente o de ahorros

Puede llamar y proporcionar esta información al departamento de Facturación de Primas o completar un formulario llamado *Acuerdo de autorización para transferencia electrónica de fondos (EFT)* para que nosotros le coloquemos en el método de pago de EFT. Puede imprimir una copia del formulario visitando nuestro sitio web selecthealth.org/medicare o puede comunicarse con Servicios para Miembros y pedir que le enviemos una copia del formulario. Las

transacciones mediante transferencia electrónica de fondos se producen el día 10 de cada mes o aproximadamente alrededor de esa fecha para el saldo del mes actual.

Opción 3: Sistema de jubilación de empleados públicos de Idaho (PERSI)

Usted puede pagar la prima del plan por deducción automática de su cuenta PERSI. Usted tendrá que completar un formulario llamado Formulario de opción de pago del Sistema de retiro de empleado público de Idaho (PERSI). Puede comunicarse con Servicios para Miembros y pedir que le envíen un formulario por correo.

Opción 4: Hacer que la prima del plan se le descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga su prima. Si decide cambiar la forma en que paga su prima, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted debe asegurarse de que la prima de su plan sea pagada oportunamente. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si usted está teniendo problemas para pagar la prima de su plan

La prima de su plan se pagadera en nuestra oficina el primer día del mes. Si no recibimos el pago de la prima antes del decimoquinto día del mes, le enviaremos un aviso informándole la terminación del plan si no recibimos la prima dentro de dos meses. Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

En caso de tener problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para saber si le podemos recomendar programas que lo ayudarán con sus costos.

Si se da por terminada su membresía debido a la falta de pago de la prima del plan, tendrá cobertura de salud dentro de Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si no tiene cobertura "acreditable" para medicamentos durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

Al momento de terminar su membresía, es posible que usted aún nos deba las primas que no pagó. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan ofrecido por nosotros) deberá pagar la cantidad adeudada antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar un reclamo (también llamada queja); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control que le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En caso de quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento explica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al **855-442-9900** (línea gratuita) (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los horarios son:

- **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos.

Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil. Debe hacer su solicitud en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que finaliza su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en el mes de septiembre y el cambio será efectivo el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que tiene usted que pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si se hace elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” pagará parte de la prima de plan mensual del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede encontrar más información sobre el programa "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día el registro de membresía en el plan

Su registro de membresía tiene la información del formulario de inscripción, incluyendo su domicilio y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención médica primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos, y otros proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su domicilio o su número de teléfono
- Cambios en su proveedor de atención médica primaria.
- Cambios en la cobertura de cualquier otro seguro médico que usted tenga (tales como de su empleador, el empleador de su cónyuge o su pareja, compensación para trabajadores o Medicaid)

Capítulo 1 Empezando como miembro

- Si usted tiene cualquier reclamación por responsabilidad, tales como una reclamación de seguro de automóvil
- Si ha sido ingresado en un hogar para ancianos
- Si usted recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de servicio o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable por usted (como por ejemplo su cuidador)
- Si usted está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo incentivamos a que lo haga)

Si cualquiera de esta información cambia, háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros tipos de seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos datos acerca de cualquier otro seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Eso es debido a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga, con sus beneficios bajo su plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que detalla cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información detalladamente. Si es correcta, usted no tendrá que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otra cobertura que no está detallada, llame a Servicios para Miembros. Tal vez usted tenga que facilitar su número de identificación de miembro del plan a sus demás aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas sean pagadas correcta y oportunamente.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura grupal a través de un empleador), existen reglas dictadas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina el pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga después, denominado pagador secundario, sólo paga si existe algún costo que no esté cubierto por la cobertura primaria. El pagador secundario tal vez no pague todos los costos no cubiertos por el pagador primario. Si usted tiene otro seguro, hágaselo saber a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas aplican a la cobertura de planes de salud a través de empleadores o sindicatos:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud grupal se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, el número de personas que emplea

su empleador, y si tiene Medicare basado en edad, incapacidad, o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

- Si usted tiene menos de 65 años, está discapacitado, y usted o un familiar aún están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador emplea 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan con empleadores múltiples emplea más de 100 empleados.
- Si usted tiene 65 años o más y usted o un familiar aún están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador emplea 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan con empleadores múltiples emplea más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los 30 primeros meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro a todo riesgo (incluido seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por enfermedad pulmonar minera
- Compensación para trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales y/o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono
y recursos importantes*

SECCIÓN 1 Números de contacto de Select Health Medicare Classic (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactar a Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre las tarjetas del miembro, por favor llame o escriba a Servicios para Miembros de Select Health Medicare Classic. Con gusto lo asistiremos.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	855-442-9900 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábado de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., domingo cerrado. Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil. Los Servicios para Miembros también tienen servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Vea arriba los días y las horas de operación.
FAX	801-442-6580
ESCRIBA A	Select Health Medicare Atención: Servicios para Miembros PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130
SITIO WEB	selecthealth.org/medicare

Cómo comunicarse con nosotros si está solicitando una decisión de cobertura o apelación acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que vamos a pagar por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una

decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto										
LLAME AL	855-442-9900 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos. Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil.										
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Vea arriba los días y las horas de operación.										
FAX	Decisiones de cobertura: 801-442-6580 Apelaciones: 801-442-0762										
ESCRIBA A	<table><tr><td>Decisiones de cobertura:</td><td>Apelaciones:</td></tr><tr><td>Select Health Medicare</td><td>Select Health Medicare</td></tr><tr><td>Atención: Member Services</td><td>Atención: Appeals and Grievances</td></tr><tr><td>PO Box 30196</td><td>PO Box 30196</td></tr><tr><td>Salt Lake City, UT 84130</td><td>Salt Lake City, UT 84130</td></tr></table>	Decisiones de cobertura:	Apelaciones:	Select Health Medicare	Select Health Medicare	Atención: Member Services	Atención: Appeals and Grievances	PO Box 30196	PO Box 30196	Salt Lake City, UT 84130	Salt Lake City, UT 84130
Decisiones de cobertura:	Apelaciones:										
Select Health Medicare	Select Health Medicare										
Atención: Member Services	Atención: Appeals and Grievances										
PO Box 30196	PO Box 30196										
Salt Lake City, UT 84130	Salt Lake City, UT 84130										
SITIO WEB	selecthealth.org/medicare										

Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una queja acerca de su atención médica

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura o de pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una

queja en cuanto a su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas acerca de su atención médica – Información de contacto
LLAME AL	855-442-9900 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos. Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Vea arriba los días y las horas de operación.
FAX	801-442-0762
ESCRIBA A	Select Health Medicare Atención: Appeals and Grievances PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Select Health Medicare Classic directamente a Medicare. Para presentar una reclamación por Internet a Medicare visite el sitio web www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

A dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que ha recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, puede solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier porción de la misma, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para más información.

Método	Solicitudes de pago - Información de contacto
LLAME AL	855-442-9900 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos. Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Vea arriba los días y las horas de operación.
FAX	Reclamaciones Médicas: 801-442-6580 Reclamaciones de Farmacia: 801-442-0413
ESCRIBA A	Reclamaciones Médicas: Pharmacy Claims: Select Health Medicare Select Health Medicare Atención: Member Services Attn: Pharmacy Services PO Box 30196 PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130 Salt Lake City, UT 84130
SITIO WEB	selecthealth.org/medicare

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para las personas con 65 años de edad o más, algunas personas con menos de 65 años con discapacidades, y personas con Enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis, o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (a veces se denominan CMS). Esta agencia contrata con las organizaciones de Medicare Advantage, incluida la nuestra.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Esta es la página web oficial del gobierno para Medicare. Le facilita información actualizada acerca de Medicare y temas actuales de Medicare. También incluye información acerca de hospitales, hogares para ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que usted puede imprimir directamente de su computadora. Usted también puede localizar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también incluye información detallada acerca de su elegibilidad y opciones de inscripción en Medicare por medio de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: Facilita información sobre su estatus de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Facilita información personalizada acerca de planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de cuánto podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para comunicarle a Medicare las quejas que tenga acerca de Select Health Medicare Classic:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare acerca de su reclamación: Puede presentar una reclamación sobre Select Health Medicare Classic directamente a Medicare. Para enviarle una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o su centro para la tercera edad tal vez pueda ayudarle a visitar este sitio web a través de sus computadoras. O bien, usted puede llamar a Medicare e indicarles la información que necesita. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Usted puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Idaho, el SHIP

se llama Programa Superior de Asesores de Beneficios de Seguros de Salud (SHIBA, por sus siglas en inglés).

SHIBA es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer orientación local gratuita sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de SHIBA pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y a solucionar los problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHIBA también le pueden ayudar con sus preguntas o problemas sobre Medicare y le pueden ayudar a comprender las opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR en medio de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa Superior de Asesores de Beneficios de Seguros de Salud (SHIP de Idaho) - Información de contacto
LLAME AL	800-247-4422 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Idaho Department of Insurance Atención: SHIBA 700 W. State Street, 3rd Fl. PO Box 83720 Boise, ID 83720
SITIO WEB	doi.idaho.gov/shiba

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Idaho, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas

con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja acerca de la atención recibida.
- Usted piensa que la cobertura para su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Usted piensa que la cobertura para sus servicios de atención médica en el hogar, en un centro especializado de enfermería o de un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto.

Método	KEPRO: (Organización para el Mejoramiento de Calidad de Idaho) – Información de contacto
LLAME AL	888-305-6759 Las llamadas a este número son gratuitas. Horarios de la línea de ayuda: de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., fines de semana y feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. Hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y Hawaiana-Aleutiana
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y administrar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos y residentes legales estadounidenses de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no está recibiendo cheques del Seguro Social, tendrá que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social es responsable también de determinar quién tiene que pagar una cantidad extra por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener mayores ingresos. Si recibe una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar la cantidad extra y tiene preguntas acerca de la cantidad o si sus ingresos han bajado debido a un evento de cambio de vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si usted se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para hacérselo saber.

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Usted puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer sus diligencias 24 horas al día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro, y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [QMB+, en inglés]).
- **Beneficiario de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas discapacitadas y que trabajan (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte A.

Para averiguar más acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Método	Programa de Medicaid en Idaho - Información de contacto
LLAME AL	877-456-1233 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Idaho Department of Health and Welfare Programas de independencia PO Box 83720 Boise, ID 83720-0026
SITIO WEB	medicaid.idaho.gov

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

En el sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>), se proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de medicamentos con receta para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si usted califica, recibirá ayuda para pagar

cualquier prima del plan de medicamentos de Medicare mensual, el deducible anual y los copagos por recetas. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que solicitarla. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar sus primas y costos de medicamentos con receta. Para saber si usted califica para recibir “Ayuda adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si cree que ha calificado para “Ayuda adicional” y considera que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecto al surtir su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, proporcionarnos esta evidencia.

- Select Health Medicare Classic aceptará cualquiera de los siguientes documentos como evidencia:
 - una copia de su tarjeta de Medicaid que incluye su nombre y fecha de elegibilidad durante el período para el cual usted cree que calificó para la “Ayuda adicional”;
 - una copia de un documento del estado que confirma su condición activa de Medicaid durante el período en discrepancia;
 - una impresión desde el archivo de inscripción electrónica estatal que muestra su estado de Medicaid durante el período en discrepancia;
 - una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestra su condición de elegibilidad para Medicaid durante el período en discrepancia;
 - otra documentación proporcionada por el estado que muestra su estado de Medicaid durante el período en discrepancia;
 - una carta de la Administración de Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) mostrando que la persona recibe ingresos complementarios de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés); o
 - una carta de “Información importante” de la SSA confirmando que el beneficiario es “...automáticamente elegible para la ayuda adicional...”
- Para los beneficiarios que se han internado o están recibiendo servicios en el hogar y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) y califican para un costo compartido cero, se aceptarán los siguientes documentos como evidencia de su nivel de costos compartidos correspondiente:
 - un envío del centro de atención que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo para esa persona durante un mes después de junio del año calendario anterior;

- una copia de un documento del estado que confirma pago de Medicaid en nombre de la persona a un centro para un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior;
 - una impresión en pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre el estatus institucional de un mes calendario completo para esa persona para fines de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - una copia de una Notificación de acción emitida por el estado, Notificación de determinación o Notificación de inscripción que incluye el nombre del miembro y la fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - una copia del Plan de servicio de HCBS aprobado por el estado que incluye el nombre del miembro y la fecha de entrada en vigencia que comienza durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - una copia de la carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluye el nombre del miembro y la fecha de entrada en vigencia que comienza durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - una copia de otra documentación proporcionada por el estado que muestra la condición de elegibilidad de HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o
 - una copia de un documento emitido por el estado, como un aviso de envío, que confirma el pago para HCBS, incluido el nombre del miembro y las fechas de HCBS.
- Envíenos por fax su documentación al **801-442-6580**. Por favor incluya un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted. Si no puede proporcionar la documentación y necesita ayuda o desea información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros al **855-442-9900** (línea gratuita) (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**). Los horarios son:
 - **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábado y domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
 - **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** lunes a viernes 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábado de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., domingo cerrado.

Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil.

- Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de su copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga la próxima receta en la farmacia. Si pagó de más por su copago, le reembolsaremos la cantidad correspondiente. Le enviaremos un cheque con la cantidad del sobrepago o bien compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no ha recibido el copago de parte de usted y tiene su copago como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la

farmacia. Si un estado realizó el pago en su nombre, le pagaremos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o cualquier otro programa que proporciona cobertura para medicamentos de la Parte D (aparte de “Ayuda Adicional”), aún recibe el descuento de 70% para los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El descuento del 70 % y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un 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 con medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles a ADAP que viven con VIH/SIDA para que tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la ayuda de costos compartidos para medicamentos con receta a través de programas de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA de Idaho.

Nota: Para ser elegible para el programa ADAP operando en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluida 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 cambia de plan, avise a su trabajador local encargado de la inscripción en ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener más información, póngase en contacto con el Departamento de Salud y Beneficios Sociales de Idaho al **208-334-5612** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **208-334-5612** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad económica, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Idaho, el Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica es IDAGAP.

Método	IDAGAP: Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica de Idaho – Información de contacto
LLAME AL	208-334-6526
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Programa Idaho Ryan White Parte B 450 W State Street P. O. Box 83720 Boise, ID 83720 IdahoADAP@dhw.idaho.gov
SITIO WEB	healthandwelfare.idaho.gov/health-wellness/diseases-conditions/hiv

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de retiro ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de toda la nación y sus familias. Si recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia su dirección de correo postal. Si usted tiene preguntas acerca de sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

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 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”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un seguro de grupo u otro seguro médico a través de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja) obtiene beneficios a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja) o grupo de jubilados, como parte de este plan, usted puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar acerca de los beneficios médicos, primas, o período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge o pareja). (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este documento). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través del empleador o grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
*Uso del plan
por los servicios médicos*

SECCIÓN 1 Lo que usted debe saber acerca de cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para que se le cubra su atención médica. Le explica las definiciones de los términos y las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por este plan.

Para obtener detalles acerca de qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga usted cuando la recibe, consulte la tabla de beneficios que aparece en el Capítulo 4 siguiente (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y cuánto paga usted*).

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

- Los **Proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- Los **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales atención médica, grupos médicos, hospitales, otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y los montos de sus costos compartidos como pago completo. Hemos negociado que estos proveedores faciliten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red generalmente nos facturan directamente por la atención que le facilitan. Cuando usted utiliza un proveedor de la red, por lo general usted paga únicamente su parte del costo de los servicios.
- Los **Servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica están detallados en la tabla de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para hacer que el plan cubra su atención médica

Como un plan de salud de Medicare, Select Health Medicare Classic debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Select Health Medicare Classic generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir,

diagnosticar o tratar su condición médica y cumplen los estándares aceptados en la práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención médica primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que le proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para mayor información acerca de esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de esto y para ver lo que significa atención de emergencia o servicios necesarios con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y no hay especialistas en nuestra red que puedan proveer esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor fuera de la red por los mismos costos compartidos que normalmente paga dentro de la red. Sin embargo, debe obtener autorización del plan antes de buscar atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de cómo recibir aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis de riñón que usted recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de tal servicio está temporalmente no disponible o inaccesible. Los costos compartidos que usted paga por diálisis nunca pueden exceder los costos compartidos de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, sus costos compartidos no pueden exceder los costos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos de la diálisis pueden ser más altos.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención médica primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica

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

Su Proveedor de atención médica primaria (PCP) es el proveedor de atención médica que usted tiene que consultar para recibir la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella generalmente es el médico que usted ve con más frecuencia y diagnosticará y tratará los problemas médicos más comunes. Su PCP le ayudará a coordinar toda su atención médica y se comunicará con los médicos especialistas y otros proveedores de atención médica para atender sus necesidades médicas. Como un proveedor dentro de la red, su PCP solicitará autorización previa cuando sea necesario.

Su proveedor de atención médica primaria puede ser cualquiera de los siguientes tipos de proveedor:

- Medicina familiar
- Medicina interna
- Geriatra

Los servicios que su PCP generalmente proporcionará incluyen:

- Una visita de bienvenida a Medicare
- Visita de bienestar física e integral anual
- Vacunas
- Servicios de atención preventiva (vea información de beneficios de atención preventiva)
- Manejo de condiciones médicas crónicas (como diabetes, hipertensión, tratamientos de la obesidad)
- Necesidades de cuidados de urgencia

¿Cómo selecciona su PCP?

Los PCP de la red se pueden encontrar en el *Directorio de Proveedores*. Si desea que le ayudemos a elegir un PCP, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si ya tiene un PCP cuando se inscriba en Select Health Medicare Classic, asegúrese de que él o ella es un proveedor de red que aparece en el *Directorio de Proveedores*. Usted es responsable de confirmar que su proveedor está contratado con nuestro plan. Para obtener la información más actualizada del *Directorio de proveedores*, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare. Si usted no elige un PCP, nosotros le asignaremos uno. Su PCP puede cambiar en cualquier momento comunicándose con nosotros como se indica a continuación.

Los defensores de los miembros también pueden ayudarle a elegir o cambiar su médico de atención primaria. Los Defensores de Miembros actúan como un intermediario entre usted y los proveedores dentro de la red para lograr una comunicación efectiva, mejores resultados de atención y su satisfacción completa. Se especializan en ayudar a los miembros a encontrar al médico adecuado para sus necesidades. Pueden ayudarle a programar una cita y también a encontrar el centro o médico disponible más cercano con la cita lo más pronto posible. Puede comunicarse con un Defensor de Miembros llamando sin costo al **800-515-2220** entre semana de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m. Los usuarios TTY deben llamar al **711**.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar otro PCP.

Si necesita cambiar su PCP, simplemente llame a Servicios para Miembros y avísenos sobre el cambio. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud.

Sección 2.2 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que facilita servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con enfermedades del corazón.
- Los ortopedistas atienden a los pacientes con enfermedades de los huesos, articulaciones o músculos.

Aunque su plan no requiere referidos para poder recibir atención de un especialista, es generalmente recomendable coordinar la atención a través de su PCP y dejar que le ayuden a determinar si es necesaria la atención especializada. Los PCP pueden tratar una amplia gama de problemas y a menudo pueden hacerlo por un menor costo para usted que ver a un especialista.

Los proveedores participantes son responsables de obtener autorización previa para los servicios cuando sea necesaria. Mientras utilice proveedores en la red no es necesario solicitar autorización previa. Si usa proveedores fuera de la red, usted tiene la responsabilidad de obtener la autorización previa para los servicios, cuando sea obligatorio. El plan decide si se cubrirá el servicio. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre cuáles servicios requieren autorización previa.

Cómo encontrar un proveedor especialista de Select Health Medicare

Los Proveedores especialistas (SCP) de la red se pueden encontrar en el *Directorio de proveedores*. También puede visitar selecthealth.org/medicare, pulse en “Find a Doctor” (Encontrar un médico), y elija el tipo de especialista que necesita de la lista para encontrar la lista más actualizada de proveedores participantes.

Los Defensores de los miembros también pueden ayudarlo a encontrar un SCP a su medida. Se especializan en ayudar a los miembros a encontrar al médico adecuado para sus necesidades. Pueden ayudarlo a programar una cita y también a encontrar el centro o médico disponible más cercano con la cita lo más pronto posible. Puede comunicarse con un Defensor de Miembros llamando sin costo al **800-515-2220** entre semana de 7:00 a. m. a 8:00 p.m. y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m. Los usuarios TTY deben llamar al **711**.

Si necesita un *Directorio de Proveedores* de Select Health Medicare o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están

impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese siempre de que su proveedor esté en la red antes de recibir atención.

Cómo encontrar un proveedor de EyeMed o un vendedor minorista de artículos de la visión de Vision Care®

La red EyeMed Access se utiliza para exámenes oculares de rutina, refracciones y artículos de la visión. Esto significa que puede usar el mismo proveedor para su examen ocular y artículo de la visión. Puede elegir obtener artículos de la visión (lentes de contacto, marcos y anteojos) o exámenes oculares de cualquier proveedor de EyeMed Vision de la red Access.

Para encontrar un proveedor de exámenes oculares o un vendedor minorista de artículos de la visión, o bien si tiene preguntas acerca de su beneficio, llame a Servicio para Miembros de EyeMed Vision al **844-872-8868** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los horarios son:

- **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes de 6:00 a. m. a 12:00 a. m., los sábados de 6:00 a. m. a 9:00 p. m. y los domingos de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.
- **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De lunes a sábados de 6:00 a. m. a 12:00 p. m. y los domingos de 6:00 a. m. a 12:00 p. m.

También puede ir a selecthealth.org/medicare e iniciar sesión en su cuenta de miembro. Una vez que haya iniciado sesión, aparecerá la página del tablero principal donde encontrará el cartel de EyeMed Vision. Allí puede elegir acceder a su cuenta de EyeMed para acceder al portal de miembro de EyeMed. Use la herramienta de búsqueda para encontrar un proveedor o vendedor minorista de la red de Access que esté cerca de usted.

Cómo encontrar un proveedor dental de Delta Dental Idaho Medicare

Para encontrar un proveedor para su plan dental, vea el *Directorio de Proveedores* de Delta Dental Idaho Medicare. También puede visitar selecthealth.org/medicare, haga clic en "Find a Doctor" (encuentre un médico) y haga clic en "Idaho" bajo el encabezado "Dental". Esto le permite ahora buscar la lista de proveedores más actualizada de Delta Dental Idaho Medicare.

Si necesita un Directorio de Proveedores de Delta Dental Idaho Medicare o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame al servicio al cliente de Delta Dental Idaho Medicare al **800-356-7586** (Los usuarios TTY deben llamar al **711**). Asegúrese siempre de que su proveedor esté en la red antes de recibir atención.

Encontrar un proveedor de aparatos de asistencia auditiva

Los aparatos de asistencia auditiva y exámenes para ajustarlas no están cubiertos, a menos que use un audiólogo específico en una clínica Idaho Elks Hearing and Balance, o St. Luke's Ear, Nose, Throat, and Facial Plastic Surgery Clinic. Para encontrar un proveedor para su beneficio de aparatos de asistencia auditiva, consulte el *Directorio de Proveedores* o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Si necesita un *Directorio de proveedores* o si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Asegúrese siempre de que su proveedor esté en la red antes de recibir atención.

Nota: Para evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico y exámenes auditivos de rutina, necesitará usar un proveedor de la red Select Health Medicare. Para encontrar un audiólogo para evaluaciones de audición y equilibrio u otra atención de la audición, consulte el *Directorio de proveedores* o llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir a un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o su proveedor de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente cuidados de él o lo ha visto en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor nuevo calificado dentro de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que continúe el tratamiento médicamente necesario o las terapias que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los distintos períodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Nos ocuparemos de cualquier beneficio cubierto médicamente necesaria fuera de nuestra red de proveedores, pero con los gastos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o prestación dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas después de que se haya aprobado la autorización previa.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo para que se haga cargo de su atención.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés), una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En general, la atención no está cubierta cuando se recibe de proveedores que no forman parte de la red Select Health Medicare. Si necesita servicios cubiertos que no están disponibles a través de un proveedor contratado, entonces dispondremos que usted reciba la atención de un proveedor fuera de la red. Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda para servicios de proveedores fuera de la red.

Los servicios cubiertos se pueden recibir de proveedores fuera de la red para servicios de emergencias o servicios necesarios con urgencia fuera del área. Además, cubriremos los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que hayan viajado fuera del área de servicio de los planes y no pueden acceder a proveedores de ESRD contratados.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debería usted hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier persona no profesional con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, piensa que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor serio o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o visite la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia en caso necesario. Usted *no* necesita obtener autorización ni referidos previos de su PCP. No necesita usar un médico dentro de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta en todo el mundo, siempre que la necesite.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se le haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos hacer seguimiento sobre su atención de emergencia. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos de su atención de emergencia,

usualmente en un plazo de 48 horas. Contacte a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este manual).

¿Qué tiene cobertura si usted tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner su salud en peligro. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición médica es estable y cuándo la emergencia médica ha terminado.

Después de que la emergencia haya terminado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que la condición médica sigue siendo estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se pongan en contacto con nosotros y hagan planes para una atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red asuman su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces es difícil saber si usted tiene o no una emergencia médica. Por ejemplo, tal vez vaya a emergencias, pensando que su salud está en peligro grave, y el médico diga que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia médica, siempre que usted pensara razonablemente que su salud estaba en peligro grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que su médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solamente* si la recibe de una de estas dos maneras:

- Va a un proveedor de la red a recibir la atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera servicios necesarios con urgencia y usted sigue las normas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios necesarios con urgencia?

Un servicio necesario con urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios necesarios con urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios con urgencia son: i) un dolor de garganta intenso que se produce durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una condición médica conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Si busca atención fuera del horario de atención o no puede encontrar un proveedor dentro de la red, puede ir a un centro de atención de urgencia dentro de la red o comunicarse con nuestros Defensores de miembros. Se especializan en ayudar a los miembros a encontrar al médico adecuado para sus necesidades. Pueden ayudarle a hacer una cita, incluyendo para las condiciones médicas de urgencia, también ayudarle a encontrar el centro o médico disponible más cercano con la cita lo más pronto posible. Puede comunicarse con un Defensor de Miembros llamando sin costo al **800-515-2220** entre semana de 7:00 a. m. a 8:00 p.m. y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m. Los usuarios TTY deben llamar al **711**.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos. Usted pagará la misma cantidad de copago al viajar que lo que pagaría si utilizara los servicios de los proveedores de la red. Vea el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener información sobre los copagos que pagará por la atención de urgencia y emergencia. Si se le solicita que pague los servicios por anticipado al viajar fuera de los Estados Unidos, y necesita solicitarnos un reembolso, vea el Capítulo 7 (Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información sobre cómo solicitarnos el reembolso.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, todavía tiene derecho a recibir atención de su plan.

Por favor, visite el siguiente sitio web: www.ready.gov para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le presenta la factura a usted directamente por el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si ha pagado más que sus costos compartidos del plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de qué hacer.

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

Select Health Medicare Classic cubre todos los servicios médicamente necesarios según lo indicado en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de tales servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que obtenga después de haber usado sus beneficios para ese tipo de servicio cubierto. El pago de servicios, una vez que se ha alcanzado un límite de beneficio no contará para sus gastos de bolsillo máximos.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es un método por el cual los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio y usted haya expresado interés, una persona que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más acerca del estudio y verificar si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos que están realizando el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio y comprenda y acepte completamente lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga por la mayoría de los costos cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos indica que está participando en un ensayo clínico calificado, sólo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, tendrá que presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado. Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita avisarnos ni obtener aprobación de nosotros o de su PCP. Los proveedores que proporcionan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de las que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar la prestación. Entre ellas se incluyen ciertos beneficios especificados en las

Determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los Ensayos de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetas a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos en Medicare Advantage por Medicare Original, le recomendamos que nos avise con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que usted forme parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, tales como:

- Habitación y comidas por estadía en el hospital por las que Medicare pagaría aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que formen parte del estudio de investigación clínica.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones debidos a la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la cantidad de costos compartidos que ha pagado. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información acerca de cómo presentar solicitudes de pagos.

Aquí hay un ejemplo de cómo se calculan los costos compartidos: Supongamos que usted obtiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación clínica. Supongamos también que su parte de los costos para este análisis es de \$20 bajo Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 exigido por Original Medicare. Entonces, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como la factura del proveedor.

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

- En general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio probado por el estudio a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun cuando usted *no* formara parte de un estudio.
- Artículos o servicios facilitados únicamente para recopilar datos, y no utilizados directamente en su atención médica. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomografías computarizadas mensuales (CT) realizadas como parte del estudio, si su condición médica requiriese normalmente una sola tomografía.

¿Desea averiguar más detalles?

Usted puede obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica?

Una institución no médica religiosa es un centro que proporciona atención para una condición médica que generalmente sería tratada en un hospital o centro especializado de enfermería. Si el obtener atención en un hospital o un centro especializado de enfermería va contra las creencias religiosas de un miembro, facilitaremos cobertura para la atención en una institución no médica religiosa. Este beneficio es facilitado únicamente para servicios de hospitalización de la Parte A (no para servicios de atención médica).

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

Para recibir atención de una institución religiosa no médica, deberá firmar un documento legal declarando que se opone, por razones de consciencia, a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y *no requerido* por cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención o tratamiento médico son aquellos que *no* son voluntarios ni son *requeridos* bajo la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que esté facilitando la atención deberá estar certificado por Medicare.

- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba estará limitada a aspectos *no religiosos* de su atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución en un centro, las siguientes condiciones aplican:
 - Usted deberá tener una condición médica que le permitiría obtener servicios cubiertos de hospitalización o en un centro especializado de enfermería.
 - – y – deberá obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o de lo contrario su estadía no estará cubierta.

Usted tiene cobertura durante una cantidad ilimitada de días de atención a corto plazo médicamente necesaria para pacientes internados. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, Beneficios para pacientes internados, para obtener información adicional.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Le pertenecerá a usted el equipo médico duradero después de hacer cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?

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

En Original Medicare, las personas que rentan ciertos tipos de equipo médico duradero, se quedan con el equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Select Health Medicare Classic, por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos EMD alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo EMD bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas se le transferirá la propiedad de la partida de equipo médico duradero. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Un ejemplo de un producto que solo se compra y no se alquila es una silla de ruedas personalizada. Las sillas de ruedas personalizadas se compran el día que recibe la silla de ruedas personalizada. Ejemplos comunes de un producto de EMD que siempre se alquila son máquinas de CPAP, BIPAP y concentradores de oxígeno. Estos artículos los alquilaría por hasta 13 meses, después del mes 13 el vendedor de EMD todavía será el propietario del artículo. Sin embargo, solamente tendrá que pagar el mantenimiento del artículo.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de EMD mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para obtener la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Ha realizado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se ha afiliado a nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Ha realizado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se ha afiliado a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que vuelva a afiliarse a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Select Health Medicare Classic cubrirá:

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

Si abandona Select Health Medicare Classic o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Al cabo de cinco años puede elegir quedarse en la misma empresa o irse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, aunque siga en la misma empresa, lo que le obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se afilia o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto y
lo que paga usted).*

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo brinda una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Select Health Medicare Classic. Más adelante en este capítulo, usted podrá hallar información acerca de servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites para ciertos servicios.

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

Para entender la información de pago que le indicamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de gastos de su bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos.

- Un **copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que reciba ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que aparece en la Sección 2 contiene más información sobre sus copagos).
- El **Coseguro** es el porcentaje que usted paga del total de los costos por ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que aparece en la Sección 2 indica más acerca de su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de beneficiario que califica para Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuánto es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Como está inscrito en un Plan de Medicare Advantage, hay un límite en el monto que tiene que pagar de gastos de bolsillo cada año para los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se llama monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) por servicios médicos. Para el año calendario 2024 esta cantidad es de \$8,300.

Los montos que usted paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto de gastos de bolsillo máximos. Los montos que pagará por las primas de su plan y por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para sus gastos de bolsillo máximos. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para sus gastos de bolsillo máximos. Estos servicios se especifican en la Tabla de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto de gastos de bolsillo máximos de \$8300, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos en la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que Medicaid u otro pagador pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen facturas de saldo

Como miembro de Select Health Medicare Classic, una protección importante para usted es que sólo tiene que pagar su cantidad de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales aparte, lo que se llama **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, \$15,00), usted paga solo esa cantidad por los servicios cubiertos brindados por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo dependerá de qué tipo de proveedor utilice:
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por Medicare a los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, tales como cuando recibe un referido o por emergencias o servicios necesarios con urgencia).
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por Medicare a los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, tales como cuando recibe un referido, o por emergencias o servicios necesarios con urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha efectuado una facturación de saldo, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar lo que está cubierto y cuánto va a pagar**Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan**

La Tabla de beneficios médicos en las próximas páginas indica los servicios que cubre Select Health Medicare Classic y lo que usted paga como gastos de bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la parte D está en el Capítulo 5. Los servicios

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

detallados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben ser brindados según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención, servicios, suministros, equipos médicos y medicamentos con receta de la parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médico necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica y cumplen los estándares aceptados en la práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de una atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado un referido. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención médica primaria (un PCP, por sus siglas en inglés) que proporciona y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación previa nuestra (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco. Además, los servicios siguientes requieren aprobación previa:
 - Procedimientos de aborto
 - Servicios de acupuntura
 - Adenoamigdalectomías y amigdalectomías
 - Todas las admisiones a las instalaciones, incluida la rehabilitación, atención de transición, servicios de enfermería especializada y todas las hospitalizaciones que no son para condiciones médicas de urgencia o emergencia
 - Seleccionar terapia con células T receptoras de antígenos
 - Seleccionar servicios de ambulancia
 - Transporte no urgente en ambulancia
 - Cirugías ambulatorias/Paciente ambulatorio que no se realizan en un Centro quirúrgico ambulatorio
 - Procedimientos de pérdida de peso bariátricos
 - Servicios quiroprácticos
 - Implantes de tronco cerebral auditivo y coclear
 - Monitores continuos de glucosa
 - Procedimientos potencialmente estéticos, incluyendo (entre otros):

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

- Procedimientos en los senos (reducciones, aumentos, tatuajes o reconstrucción)
- Procedimientos de la pared torácica
- Procedimientos en los ojos
- Cirugías faciales
- Liposucción y paniculectomía
- Procedimientos de cirugía plástica/reconstructiva
- Revisiones de la cicatriz
- Procedimientos en las venas
- Servicios dentales y aparatos bucales cubiertos por Original Medicare, incluido cualquier servicio relacionado con los dientes o estructuras de apoyo directo a los dientes
- Cierta equipo médico duradero (EMD), prótesis/aparatos ortopédicos, suministros médicos e implantes incluidos (entre otros):
 - Todos los artículos de DME, prótesis/aparatos ortopédicos y suministros médicos con un precio de compra superior a \$1,500
 - Desfibriladores externos
 - Chaleco de compresión de pecho de alta frecuencia
 - Monitores INR
 - Bombas de insulina
 - Medicamento y bomba de infusión
 - Dispositivos para el habla
 - Ayudas para la visión
- Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, salvo lo dispuesto en un ensayo clínico aprobado por Medicare (para obtener más información acerca de los ensayos clínicos, consulte el Capítulo 3, Sección 5).
- Seleccionar cirugía del pie
- Seleccionar pruebas genéticas
- Cirugía de afirmación de género
- Seleccionar servicios de salud en el hogar
- Oxigenoterapia hiperbárica
- Histerectomías
- Servicios para tratamiento de la infertilidad
- Determinados medicamentos inyectables y de especialidad
- Procedimientos de articulaciones, incluyendo (entre otros):

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

- Seleccionar artroscopio
- Implante autólogo de condrocitos de la rodilla
- Reemplazo de articulación
- Seleccionar pruebas de laboratorio
- Terapia de heridas de presión negativa
- Pruebas neuropsicológicas, servicios psicológicos seleccionados y biorretroalimentación
- Procedimientos de apnea obstructiva del sueño
- Procedimientos orales/maxilofaciales
- Procedimientos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (en el consultorio de un proveedor o en un centro para pacientes ambulatorios)
 - Ciertos procedimientos avanzados de broncoscopia, endoscopia y colonografía
 - Seleccionar imágenes cardíacas avanzadas
 - Seleccionar estudios de imágenes avanzados (MRI, MRA y tomografía computarizada)
 - Seleccionar tratamientos avanzados de radiación y haz de protones
 - Seleccionar escaneos de tomografía por Emisión de positrones (TEP)
- Control del dolor
- Seleccionar medicamentos con receta, consulte el capítulo 5 para más información
- Servicios de terapia de rehabilitación:
- Procedimientos robóticos
- Tratamiento de la disfunción sexual
- Determinadas cirugías de la columna vertebral
- Cirugía estereotáctica y radiocirugía
- Estimuladores (externo o implantable para neuro, crecimiento óseo y dolor, excepción unidades de TENS)
- Seleccionar Cirugías/Procedimientos en el consultorio médico
- Reemplazos de válvula con catéter y otros procedimientos cardíacos percutáneos avanzados seleccionados
- Trasplantes

Otros temas importantes que debe conocer acerca de nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted pagará *más* en nuestro plan de lo que

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

usted pagaría en Medicare Original. Para otros servicios, usted pagará *menos*. (Si quiere saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2024*. Visite el sitio web www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control médico por una condición médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, aplicará un copago para la atención recibida por la condición médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)



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





Tabla de beneficios médicos

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. Un único ultrasonido diagnóstico para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si usted tiene ciertos factores de riesgo y si usted recibe un referido para aquella visita de su médico, asistente médico, enfermera o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por este examen preventivo (que se cubre una vez en la vida).</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, otra enfermedad, etc.); • no está asociado con una cirugía, y • no está asociado con embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en La ley de Seguro Social 1861(r)(1)) pueden realizar acupuntura según los requisitos estatales que correspondan.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p>




Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Los médicos asistentes (PA), enfermeros titulados (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se define en La ley de Seguro Social 1861(aa)(5)), y personal auxiliar pueden realizar acupuntura si reúnen los requisitos estatales que correspondan y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título universitario y doctoral en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y, • una licencia actual, total y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (como Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que realice acupuntura debe tener el nivel de supervisión suficiente de un médico, PA o NP/CNS, según lo requieren las regulaciones del Título 42 del CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotativa y por tierra a la clínica apropiada más cercana que pueda proporcionar atención médica si se le proveen a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es médicamente requerido.</p> <p>*Se requiere autorización previa para el transporte no urgente por ambulancia. Usted es responsable de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$ 275 por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare (cada recorrido).</p> <p>Usted paga un copago de \$275 para el transporte no urgente en ambulancia (por viaje de ida o de vuelta)</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen físico de rutina anual</p> <p>El examen físico de rutina anual es un examen preventivo anual integral que incluye un examen general basado en la edad y los factores de riesgo. Está cubierto una vez por año calendario.</p> <p>Ciertas pruebas preventivas de laboratorio están cubiertas como parte de su examen físico de rutina anual.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por un examen físico de rutina anual.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede realizar una visita anual para elaborar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus factores de riesgo y estado de salud actuales. Está cubierto una vez por año calendario.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no se puede realizar dentro de los 12 meses de su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya realizado la visita de <i>Bienvenido a Medicare</i> para que las visitas anuales de bienestar estén cubiertas después de tener la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por una visita anual de bienestar.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas elegibles (generalmente, esto quiere decir las personas con riesgo de perder masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección preventiva del cáncer de mama (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años de edad o mayores • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>Usted paga un copago de \$0 por mamografías de detección cubiertas.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca*</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación cubiertos para los miembros que reúnen ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>*Se requiere autorización previa. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita anual con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle sobre el uso de la aspirina (si es apropiado), revisar su presión arterial y darle sugerencias para asegurarse de que come de manera saludable.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular.</p>
<p> Prueba de enfermedad cardiovascular</p> <p>Pruebas de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer cervicouterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de cáncer cervicouterino o ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y está en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solo cubrimos manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. <p>* Una autorización previa es necesaria para el transporte no urgente por ambulancia. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de cribado previa o un enema de bario. Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de que el paciente haya recibido una colonoscopia. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. Pruebas de ADN de heces multi objetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o la última colonoscopia. Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de cribado o de la última sigmoidoscopia flexible. 	<p>Usted paga un copago de \$0 por un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Las pruebas de cribado del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de cribado de seguimiento después de que una prueba del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	
<p>Servicios de acompañamiento</p> <p>Los servicios de acompañamiento son administrados por Papa.</p> <p>Papa proporciona hasta 60 horas de servicios de acompañamiento conectando miembros con acompañantes de la red (Papa Pals). Papa se pondrá en contacto con usted si está interesado en los servicios. Si desea comunicarse con Papa para recibir servicios de acompañamiento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este manual).</p> <p>Los Papa Pals proporcionan acompañamiento y también pueden brindar ayuda con actividades instrumentales de la vida cotidiana, como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliarias • Asistencia con tecnología • Recordatorios de citas • Revisiones del cumplimiento con la toma de medicamentos • Asistencia con los quehaceres del hogar y la preparación de alimentos • Transporte esencial para viajes de corta distancia para realizar trámites y asistir a citas • Actividades de entrenamiento físico como caminar, visitas al gimnasio y jardinería 	<p>Usted paga un copago de \$0 por 60 horas al año de servicio de acompañamiento con un Papa Pal.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>Este beneficio es administrado por Delta Dental de Idaho. Los servicios se cubren únicamente cuando utiliza proveedores que participan en la red de Delta Dental Idaho Medicare. (Para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor de la red Delta Dental Idaho Medicare, consulte el capítulo 3, sección 2.2)</p> <p>Servicios dentales integrales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando ese servicio forma parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para un tratamiento de radiación contra un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos: servicios dentales preventivos, básicos y complejos como se describe aquí.</p> <p>Hay un pago anual máximo del plan de \$1,000 que se aplica solo a los servicios básicos y complejos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos.</p>
<p> <u>Servicios dentales preventivos</u></p> <p>El pago máximo anual del plan no se aplica a los servicios preventivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes dentales de rutina por año • Dos limpiezas dentales por año • Dos juegos de radiografías interproximales por año • Un juego de radiografías panorámicas o intraorales completas cada 36 meses <p><u>Servicios dentales básicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rellenos y restauraciones • Extracciones • Anestesia y sedación • Cirugía oral • Atención de emergencia para alivio del dolor 	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de endodoncia (p.ej., tratamiento de conducto) • Tratamiento periodontal <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía periodontal ○ Desbridamiento ○ Raspado/alisado radicular ○ Administración localizada de agentes antimicrobianos a través de excipientes de liberación controlada (arestina) • Mantenimiento periodontal (2 por año calendario) 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales básicos cubiertos.</p>
<p><u>Servicios dentales complejos*</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentaduras postizas <ul style="list-style-type: none"> ○ Rebasado (1 cada 36 meses) ○ Revestimiento (1 cada 18 meses) • Implantes • Puentes • Carillas • Coronas y muñones para coronas • Inserciones, recubrimientos y restauraciones <p>*Algunos servicios importantes requieren certificación previa. Las exclusiones y limitaciones se establecen en el capítulo 4, sección 3.1.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios dentales complejos cubiertos.</p> <p>Nota: Los servicios dentales no están incluidos en los gastos de bolsillo máximos anuales.</p>
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen preventivo de depresión al año. El examen debe ser llevado a cabo en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referidos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por una visita anual de detección de depresión.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye análisis de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de hiperglucemia (glucosa alta en sangre). Las pruebas pueden también estar cubiertas si satisface otros requisitos, como sobrepeso y tener historial de diabetes en la familia.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos exámenes preventivos de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, suministros y servicios para diabéticos*</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insumos para monitorizar su glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, monitores de glucosa continuos, tiras de prueba de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y los monitores. La cobertura por monitores de glucosa y tiras de prueba se limitan a Freestyle y Precisión, las marcas producidas por los laboratorios Abbott. Si usted o su médico creen que es médicamente necesario para que usted pueda usar a un monitor diferente o tiras de prueba llame al Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par por año de calendario de zapatos moldeados a la medida terapéuticos (incluyendo plantillas provistas con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas no hechas a la medida que pueden quitarse y se proveen con esos zapatos). La cobertura incluye pruebas de ajuste correcto. 	<p>Usted paga un copago de \$0 por equipos y suministros cubiertos para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro para zapatos terapéuticos o plantillas terapéuticas cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta para miembros con diagnóstico de diabetes. • Las bombas de insulinas están cubiertas bajo el beneficio de Equipo médico duradero (EMD). Para obtener información acerca de la cobertura de EMD, vaya a la sección “Equipo médico duradero y suministros relacionados” que se encuentra en este cuadro de beneficios. • La insulina para las bombas de insulina se encuentra cubierta bajo el beneficio de medicamentos de la parte B. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, por favor consulte la sección, “Medicamentos con receta de Medicare Parte B”. <p>*Se requiere autorización previa para los monitores de glucosa continuos. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	
<p>Colonoscopia de diagnóstico</p> <p>Las colonoscopias de diagnóstico se realizan para evaluar o controlar condiciones médicas conocidas. Si tiene un historial de pólipos u otras condiciones médicas del colon, o tiene síntomas que indican posibles condiciones médicas, entonces cualquier colonoscopia realizada será de diagnóstico por naturaleza.</p>	<p>Usted paga un copago de \$350 por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados*</p> <p>(Para ver la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12, así como el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, bombas de insulina, dispositivos generadores de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el EMD médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante en particular, usted tal vez pueda solicitar que hagan un pedido especial para usted.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por muletas, bastones y andadores.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por los equipos médicos duraderos y suministros cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare.</p> <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 más arriba para obtener una lista de los artículos de EMD que requieren autorización previa. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Se necesitan para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona no profesional con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, piensa que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor serio o una condición médica que está empeorando rápidamente.</p> <p>El costo compartido para servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>Tiene cobertura en todo el mundo para atención de emergencia.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Se exonera el pago si a usted lo ingresan en el hospital en las 24 horas siguientes por la misma condición médica. Si lo ingresan en el hospital tendrá que pagar el copago correspondiente de hospitalización.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria una vez que su condición médica de emergencia se ha estabilizado, el plan debe autorizar su ingreso en el hospital fuera de la red y el costo será el costo compartido que pagaría usted en un hospital de la red.</p>
<p>Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>El beneficio Wellness Your Way (Bienestar a su manera) le permite decidir cómo gastar su dinero en salud y bienestar.</p> <p>Recibirá una tarjeta Mastercard® de beneficios flexibles de Select Health Medicare. Cada año hay una asignación combinada que le ayuda a cubrir los gastos de bolsillo en lo siguiente:</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p>Usted cuenta con una asignación combinada de \$400 cada año en su tarjeta de beneficios flexibles de Select Health Medicare para</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios de actividad física incluyen la membresía en a un gimnasio, un centro de entrenamiento físico o un club de salud. Tarifas por jugar golf, boletos para andariveles y clases de ejercicio físico. • Las clases y los servicios de educación para la salud incluyen programas formales de educación para la salud si son impartidos por un educador de salud certificado o un profesional de la salud licenciado y si consisten en sesiones interactivas que principalmente proporcionan información sobre la salud, fomentan la adopción de comportamientos saludables por los miembros, desarrollan habilidades para mejorar las capacidades de autocuidado y se alinean con la meta general de mejorar los programas de gestión del peso saludable de los participantes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de educación para la salud no cubiertos por este plan: servicios de educación alternativa u holística. • Se pueden adquirir horas adicionales de servicio de ayuda a domicilio con Papa si se ha alcanzado el límite de prestaciones. • Los servicios nutricionales incluyen sesiones individuales o grupales u otros servicios de orientación totalmente interactivos de un dietista autorizado u otro profesional autorizado con especialización y experiencia en nutrición y dieta. • Los programas de control de peso cubiertos por el beneficio de bienestar incluyen programas formales como Weight Watchers o Jenny Craig. <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de control del peso no cubiertos por este plan: compra de comidas o suplementos alimenticios. 	<p>usarla en artículos y servicios complementarios calificadoros, de locales participantes a través de sus beneficios de Bienestar a su manera y OTC.</p>
<p>Nota: la asignación anual combinada se comparte con su beneficio de medicamentos y suministros de venta libre (OTC). Encontrará los detalles de su beneficio de medicamentos de venta libre (OTC) en este cuadro de beneficios, en el apartado "Medicamentos y suministros de venta libre (OTC)".</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>El dinero del beneficio, tal y como se ha definido anteriormente, se puede gastar en los comercios participantes. Para obtener información adicional, visite su portal MyBenefits en SelectHealth.NationsBenefits.com. Cualquier monto de beneficio sin usar vencerá al final del año.</p> <p>Este beneficio no sustituye a sus actuales beneficios independientes y está diseñado para ayudar a compensar los gastos de bolsillo. El beneficio de Bienestar a su manera es sólo para su uso personal, no puede ser vendido ni transferido y no tiene valor en efectivo.</p> <p>Debe activar su tarjeta antes de usar sus beneficios. Puede activar su tarjeta en SelectHealth.NationsBenefits.com/activate.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a un Asesor de Experiencia para Miembros de NationsBenefits al (833) 878-0232 (TTY:711), 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año.</p>	
<p>Servicios de la audición</p>	
<p>Para evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico y exámenes auditivos de rutina, necesitará usar un proveedor de la red Select Health Medicare. (Para obtener información sobre cómo encontrar un audiólogo de la red de Select Health Medicare, consulte el capítulo 3, sección 2.2).</p>	
<p><u>Exámenes de audición cubiertos por Medicare:</u> Las evaluaciones diagnósticas de oído y equilibrio llevadas a cabo por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo, u otro proveedor calificado.</p>	<p>Usted paga un copago de \$50 por servicios auditivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><u>Exámenes auditivos rutinarios</u> Los exámenes de audición de rutina para evaluar la audición están cubiertos una vez por año calendario.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes de audición de rutina.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><u>Aparatos de asistencia auditiva</u></p> <p>Los aparatos de asistencia auditiva y los exámenes para ajustarlos no están cubiertos, a menos que use un audiólogo específico en una clínica Idaho Elk’s Hearing and Balance, o St. Luke’s Ear, Nose, Throat, and Facial Plastic Surgery. (Para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor de aparatos de asistencia auditiva, consulte el capítulo 3, sección 2.2).</p> <p>Los aparatos de asistencia auditiva seleccionados comprados a través de los proveedores de audiología seleccionados tienen cobertura bajo uno de cinco niveles de beneficios. El nivel aplicable para cada producto depende de las características únicas y de tecnología de cada dispositivo. La tarifa de nivel que se indica a la derecha incluye el aparato de asistencia auditiva, la reparación del fabricante y garantías por pérdida y daño (de 1 a 4 años, según el dispositivo), la adaptación de el aparato de asistencia auditiva y las visitas de seguimiento durante la vida útil del aparatos de asistencia auditiva (de 3 a 5 años, según el dispositivo).</p> <p>Los accesorios adicionales o mejoras que no se incluyan para los dispositivos como parte de este beneficio, como conectividad Bluetooth o capacidad de recarga, no están cubiertos por el beneficio para aparatos de asistencia auditiva, pero pueden estar disponibles de parte de su proveedor por un costo adicional.</p>	<p>Nivel 1 – Económico: Usted paga un copago de \$699 por aparato de asistencia auditiva.</p>
<p><u>Nivel 1 - Económico</u></p> <p>Los aparatos de asistencia auditiva de nivel económico proporcionan un entendimiento adecuado del habla. Son más apropiadas para escuchar en un entorno silencioso con un mínimo de ruido de fondo. Le permiten bajar el volumen del televisor y comunicarse con otros cara a cara. Es posible que requieran ajuste manual para mantener el confort y mejor comprensión del habla.</p>	<p>Nivel 2 – Esencial: Usted paga un copago de \$999 por aparato de asistencia auditiva.</p>
<p><u>Nivel 2 - Esencial</u></p> <p>Los aparatos de asistencia auditiva del nivel esencial pueden adaptarse mejor a la pérdida de la audición de una persona que los aparatos de asistencia auditiva económicos, capacidad básica de reducción de ruido y proporcionan algunas funciones automáticas. Tienen un</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>mejor rendimiento que los aparatos de asistencia auditiva económicos pero aún funcionan mejor para escuchar en lugares tranquilos con ruido de fondo mínimo. Es posible que requieran ajuste manual para mantener el confort y mejor comprensión del habla.</p>	<p>Nivel 3 – Estándar: Usted paga un copago de \$1,399 por aparato de asistencia auditiva.</p>
<p><u>Nivel 3 - Estándar</u></p> <p>Los aparatos de asistencia auditiva de nivel estándar minimizan los efectos del ruido de fondo y mejoran el entendimiento del habla con muy buena calidad del sonido. Cumplen las necesidades de la mayoría de las personas, incluso de aquellos con estilos de vida activos y que a menudo frecuentan lugares bulliciosos o donde hay muchas personas. Debido a que tienen varias características que funcionan automáticamente, requieren menos ajuste manual. Este nivel incluye modelos que son capaces de sincronizarse con la mayoría de teléfonos celulares.</p>	<p>Nivel 4 – Avanzado: Usted paga un copago de \$1,899 por aparato de asistencia auditiva.</p>
<p><u>Nivel 4 - Avanzado</u></p> <p>Los aparatos de asistencia auditiva avanzados ofrecen mejor calidad de sonido en todos los entornos, tranquilo y ruidoso, donde puede haber mucho ruido de fondo. Estos son especialmente útiles para las personas activas. Como las características en este audífono funcionan automáticamente, requieren menos ajuste manual. Este nivel incluye modelos que son capaces de sincronizarse con la mayoría de teléfonos celulares.</p>	<p>Nivel 5 – Premium: Usted paga un copago de \$2,399 por aparato de asistencia auditiva.</p>
<p><u>Nivel 5 – Premium.</u></p> <p>Los aparatos de asistencia auditiva del nivel Premium ofrecen la mejor calidad de sonido en todos los entornos, tranquilos y ruidosos, donde puede haber mucho ruido de fondo. Estos son especialmente útiles para las personas muy activas. Tienen las mismas características que el dispositivo del Nivel 4, pero son aún mejores. Con los dispositivos de este nivel tiene la opción de usar la tecnología de aparatos de asistencia auditiva más alta y avanzada disponible hoy en día.</p>	<p>Nota: Los aparatos de asistencia auditiva no están incluidas en los gastos de bolsillo máximos anuales.</p>
<p>Su audiólogo de St Luke le ayudará a encontrar los aparatos de asistencia auditiva correctos para sus necesidades y le explicará en qué nivel se encuentran sus aparatos de asistencia auditiva.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Análisis de detección del VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen diagnóstico cada 12 meses <p>Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo 	<p>Usted paga un copago de \$0 por las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención de agencia de salud en el hogar*</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, el médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y ordenar que una agencia de salud en el hogar provea servicios de salud en el hogar. Usted debe estar confinado en el hogar, lo cual quiere decir que irse de casa constituye gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para que se cubran bajo el beneficio de atención médica en el hogar, la suma de sus servicios de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio debe dar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo médico y suministros <p>*Una autorización previa es necesaria para la atención de la agencia de salud en el hogar. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por la atención de una agencia de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.</p>
<p>Terapia de infusión domiciliaria*</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria involucra la administración de medicamentos o materiales biológicos de manera intravenosa o subcutánea a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipamiento (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p>	<p>Pagará el costo compartido que aplique a servicios de atención primaria, servicios de médicos especialistas, medicamentos de la parte B o salud en el hogar (según se describe en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, como los servicios de enfermería, administrados según el plan de atención • Capacitación y entrenamiento del paciente, no cubierto de otra manera en el beneficio de equipamiento médico duradero • Monitoreo remoto • Los servicios de monitoreo para la administración de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria son proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado <p>*Una autorización previa puede ser necesaria para determinados servicios de infusión en el hogar. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>consultorio del médico” y “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” o “Atención de la Agencia de Salud a Domicilio”) según dónde reciba la administración o los servicios de monitoreo.</p> <p>Paga estos montos hasta que alcance los gastos de bolsillo máximos.</p>
<p>Atención en un centro de atención para pacientes terminales.</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de atención para pacientes terminales cuando su médico y el director médico del centro de atención para pacientes terminales le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su evolución normal. Usted debe recibir atención de un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de atención para pacientes terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico del centro de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo • Atención en el hogar 	<p>Cuando se inscribe en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare, sus servicios de centro de atención para pacientes terminales y sus servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, no Select Health Medicare Classic.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de consulta de atención de pacientes terminales si los realiza un proveedor de atención médica primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por los servicios de consulta de atención de pacientes terminales si los realiza un especialista.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuando lo ingresan en un centro de atención para pacientes terminales, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en él, debe seguir pagando las primas del plan.</p>	
<p><u>Para los servicios de atención de pacientes terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de atención de pacientes terminales por sus servicios de atención de pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de atención para pacientes terminales, su proveedor de atención para pacientes terminales facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare normalmente paga. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p>	
<p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si usted necesita servicios que no sean de emergencia o de urgencia que estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, sus costos por estos servicios dependerán de si utiliza o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito de obtener una autorización previa):</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para la obtención del servicio, usted pagará solamente el monto correspondiente a los costos compartidos de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo Medicare de Tarifa por Servicio (Original Medicare) 	
<p><u>Para los servicios que están cubiertos por Select Health Medicare Classic, pero no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Select Health Medicare Classic seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar que estén o no relacionados con su pronóstico terminal.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Usted pagará los costos compartidos de su plan para estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de atención para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué sucede si está en un centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si usted necesita atención que no sea para pacientes terminales (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), usted debería comunicarse con nosotros para coordinar esos servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta por atención para pacientes terminales (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido obtener el beneficio de centro de atención para pacientes terminales.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si tiene riesgo y satisfacen las reglas de cobertura de Medicare Parte B <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por las vacunas contra la neumonía, influenza (gripe), hepatitis B y vacunas contra la COVID-19.</p>
<p>Atención para pacientes internados*</p> <p>Incluye atención a corto plazo para pacientes internados, atención de rehabilitación, hospitales de atención a largo</p>	<p>Usted paga el siguiente copago por la atención hospitalaria</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención del paciente internado empieza el día en que lo ingresan formalmente al hospital a través de una orden del médico. Su último día de hospitalización es el día antes de recibir el alta del hospital.</p>	<p>cubierta por Medicare cada vez que ingresa a un hospital.</p> <p>Usted paga un copago de \$370 por día por los días 1 a 5.</p>
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería general • Costos de unidades de cuidados especiales (tales como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas • Costos de sala de operaciones y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios para pacientes internados por abuso de drogas. • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, el cual decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios. Si nuestros servicios de trasplante de la red son en un lugar distante, usted puede elegir obtener sus servicios de trasplante localmente siempre que el proveedor del trasplante esté dispuesto a aceptar las tarifas de Original Medicare. Si Select Health Medicare Classic ofrece servicios de trasplante en un centro fuera del área de servicio de trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este centro remoto, haremos los arreglos o pagaremos por 	<p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 6 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por días adicionales.</p> <p>Los beneficios y copagos empiezan de nuevo cada vez que es usted es ingresado en un hospital.</p> <p>Si obtiene atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: incluida la conservación y la administración. La cobertura de la sangre completa, los glóbulos rojos empaquetados y otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos <p>Nota: Para ser internado, su proveedor deberá escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si usted no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital.</p> <p>Usted también puede obtener más información en el folleto informativo de Medicare <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Este folleto informativo está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.</p> <p>* Se requiere autorización previa para la atención hospitalaria de pacientes internados. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren una estadía en el hospital. Nuestros planes cubren hasta 90 días de atención de salud mental en un hospital cada vez que sea ingresado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia” adicionales. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días, su cobertura hospitalaria como paciente internado se limitará a 90 días.</p>	<p>Usted paga el siguiente copago por la atención de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare cada vez que es ingresado en un centro.</p> <p>Usted paga un copago de \$370 por día por los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 6 a 90.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Hay un límite de 190 días de por vida para servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental para pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>*Se requiere autorización previa para la atención de salud mental para pacientes internados. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para días de reserva de por vida.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención para pacientes internados: Los servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro especializado de enfermería durante una hospitalización no cubierta.</p> <p>Si se le han acabado los beneficios de paciente internado o si la estadía de paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro especializado de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas diagnósticas (como las pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluyendo materiales y servicios de técnico • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, enyesados y otros métodos y aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortóticos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano del cuerpo interno permanentemente que no funcione o que funcione mal, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos • Aparatos para las piernas, brazos y cuello, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones, y reemplazos requeridos debido a roturas, desgaste, pérdida, o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Usted paga la cantidad que pagaría por los servicios ambulatorios. Vea las secciones aplicables de esta tabla de beneficios para obtener información adicional sobre cualquiera de estas categorías de servicios cubiertos.</p>
<p>Atención de urgencia de Intermountain Connect Care</p> <p>La atención de urgencia de Intermountain Connect Care es un servicio conveniente que ofrece acceso en línea para condiciones médicas comunes. Los miembros de Select Health Medicare Classic tienen acceso a proveedores certificados para practicar la medicina las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de computadoras con Internet habilitado o dispositivos móviles (Android/iOS). Connect Care trata condiciones médicas como congestión y goteo nasal, alergias, dolor de garganta, infecciones de</p>	<p>Usted paga un copago de \$ 0 por cada visita de atención de urgencia de Intermountain Connect Care.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>los ojos, dolor de oídos, tos, dolor al orinar, dolor lumbar, dolores o distensiones articulares y problemas leves de la piel. Tenga en cuenta que la atención de urgencia de Connect Care no es para emergencias médicas. Llame al 911 o acuda al servicio de emergencias más cercano en caso de necesitar atención de emergencia.</p>	
<p>Comidas después del alta hospitalaria*</p> <p>Este beneficio está disponible para los miembros que reúnen los requisitos después de recibir el alta de un hospital o centro especializado de enfermería. Este beneficio incluye 2 comidas diarias entregadas a domicilio durante un máximo de 14 días. Hay un máximo de 2 semanas por período de beneficio.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por las comidas después del alta.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>La terapia nutricional médica (MNT) es un enfoque terapéutico para tratar enfermedades y sus síntomas asociados. La MNT usa una dieta específicamente diseñada para usted por un médico, un dietista registrado o un profesional de la atención calificado que también la controlará.</p> <p>Este beneficio es principalmente para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón. Las condiciones médicas cubiertas adicionales incluyen prediabetes, obesidad mórbida, tratamiento contra el cáncer, desnutrición, enfermedad cardiovascular e hipertensión.</p> <p>Cubrimos de forma ilimitada servicios de orientación individual y grupal para ayudarle a manejar mejor ciertas condiciones médicas que incluyen, entre otras, las indicadas anteriormente.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio de MDPP.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>MDPP es una intervención de cambio de comportamiento estructurado que ofrece capacitación práctica para un cambio en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para la solución de problemas para superar los desafíos para mantener el peso perdido y un estilo de vida sano.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta de Medicare Parte B*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, no se auto administra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios médicos, servicios ambulatorios en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria) • Medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como los nebulizadores) que se autorizaron en el plan • Factores de coagulación que se administra usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted está inscrito en Medicare Parte A cuando se realice el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado al hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique estaba relacionada a osteoporosis después de la menopausia, y no puede administrarse el medicamento usted misma. • Antígenos • Ciertos medicamentos contra el cáncer y contra las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto de la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos de uso tópico y agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa). • Globulina inmune intravenosa para el tratamiento de enfermedades principales de deficiencia inmunológica en el hogar. • Los medicamentos reembolsables son identificados trimestralmente por los CMS. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B, así como el 	<p>Usted paga de 0 a 20% de coseguro por los medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la parte B.</p> <p>Usted paga de 0 a 20% hasta \$35 por un suministro de un mes de Insulina de la Parte B.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>coseguro efectivo del beneficiario para esos medicamentos, podría cambiar cada trimestre.</p> <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: selecthealth.org/medicare/pharmacy/pharmacy-benefits</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que se le cubran las recetas. Lo que paga usted por sus medicamentos con receta de la Parte D se explica en el Capítulo 6.</p> <p>*Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Comuníquese con nosotros para recibir información adicional. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual). Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p> <p>*Se requiere de terapia escalonada en ciertos medicamentos de la Parte B. Esto quiere decir que se le puede solicitar que pruebe un medicamento diferente de la Parte B (beneficio médico) o de la Parte D (beneficio de medicamentos con receta) antes de tomar ciertos medicamentos de la Parte B. Sus costos no serán más elevados cuando toma un medicamento de terapia escalonada.</p>	
<p> Terapia y prueba de detección de la obesidad para promover el sostenimiento de la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención exhaustivo. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por el examen preventivo y la terapia de la obesidad</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno de uso de opioides (OUD, por su sigla en inglés) pueden recibir la cobertura de servicios para tratarlo mediante un Program de tratamiento de opioides (OTP, por su sigla en inglés) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agonistas opioides y medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos antagonistas aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de EE. UU. • Entrega y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Orientación por abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>Usted paga 10 % de coseguro por los servicios del programa de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para paciente ambulatorio*</p>	
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (con radio e isótopos) incluyendo materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como vendas • Entablillados, enyesados y otros métodos y aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluida la conservación y la administración. La cobertura de la sangre completa, los glóbulos rojos empaquetados y otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p><u>Radiografías</u> Usted paga un copago de \$20 por las radiografías en el consultorio médico o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare, además del copago aplicable para la consulta o atención en el centro.</p> <p>Solo se recoge un copago por radiografía cuando se realizan varias radiografías durante la misma visita.</p>
<p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 anterior para obtener una lista completa de servicios que requieren autorización previa. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p><u>Radioterapia</u> Usted paga un coseguro del 20% por servicios de radioterapia cubiertos por Medicare.</p>
	<p><u>Suministros quirúrgicos</u> Usted paga el 20% de coseguro por suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare no relacionados con una cirugía o procedimiento como paciente ambulatorio.</p>
	<p><u>Estudios del sueño</u> Usted paga un coseguro del 20% por estudios del sueño cubiertos por Medicare en un centro certificado de estudios del sueño.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los estudios del sueño en el hogar administrados por su PCP.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por los estudios del sueño en el hogar administrados por un especialista de la red.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
	<p><u>Pruebas de esfuerzo cardíaco no nucleares</u> Usted paga 20% de coseguro por las pruebas de esfuerzo cardíaco no nucleares cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Pruebas de laboratorio</u> Usted paga un copago de \$0 por pruebas de laboratorio cubiertas por Medicare en el consultorio de su médico o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Servicios de sangre</u> Usted paga un copago de \$0 por servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Imágenes avanzadas y medicina nuclear</u> Usted paga un copago de \$300 para imágenes avanzadas o servicios de medicina nuclear cubiertos por Medicare en el consultorio de un médico o en un centro para pacientes ambulatorios, además de cualquier copago correspondiente por visita al consultorio o al centro.</p> <p><u>Otras pruebas diagnósticas</u> Usted paga un copago de \$10 por las pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare en el consultorio de su médico o en un centro para pacientes ambulatorios, además de cualquier copago aplicable por visita al consultorio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Observación en un hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, para determinar si usted debe ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación en un hospital para pacientes ambulatorios, estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otro individuo autorizado conforme a la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal hospitalario para ingresar pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos de servicios ambulatorios de hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>Usted también puede obtener más información en el folleto informativo de Medicare <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Este folleto informativo está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.</p>	<p>Usted paga un copago de \$350 por los servicios hospitalarios de observación, para pacientes ambulatorios, cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p>	<p><u>Procedimientos para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Usted paga un copago de \$350 por los procedimientos cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios recibidos en un departamento de urgencias o clínica para pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía de paciente ambulatorio. • Pruebas de laboratorio y diagnósticas cobradas por el hospital • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento como paciente internado sin el mismo. • Radiografías y otros servicios radiológicos cobrados por el hospital • Suministros médicos tales como los entablillados y los enyesados • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo. 	<p><u>Suministros médicos</u> Usted paga 20 % de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Terapia de infusión IV</u> Usted paga un coseguro del 20% por servicios de terapia de infusión IV cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Quimioterapia</u> Usted paga un coseguro del 20% por servicios de quimioterapia cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Servicios de transfusión de sangre</u> Usted paga 20% de coseguro por servicios relacionados con transfusiones de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Cuidado de heridas</u> Usted paga un copago de \$50 por servicios de cuidado de heridas cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Otros servicios para pacientes ambulatorios</u> Usted paga el 20% de coseguro para cualquier otro servicio recibido en un sitio hospitalario ambulatorio.</p>
<p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos de servicios ambulatorios de hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>Usted también puede obtener más información en el folleto informativo de Medicare <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Este folleto informativo está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.</p> <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 anterior para obtener una lista completa de servicios</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
que requieren autorización previa. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.	
<p>Atención de salud mental de paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especializada, un Consejero profesional con licencia (LPC), un Terapeuta con licencia para matrimonios y familiar (LMFT), Enfermera especializada (NP), Ayudante de médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por servicios de terapia individual cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por los servicios de terapia de grupo cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes y Centros integrales de rehabilitación ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p> <p>*Se requiere autorización previa para Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio. Consulte el capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información adicional. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla en el consultorio de un especialista.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por visita/encuentro por servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla cubiertos por Medicare, proporcionados en un hospital para pacientes ambulatorios o CORF.</p>
<p>Servicios por abuso de drogas para paciente ambulatorio*</p> <p>Tratamiento y orientación por abuso de drogas proporcionado en el consultorio de un especialista o en un entorno para pacientes ambulatorios.</p> <p>*Se requiere autorización previa para los Servicios por abuso de drogas para paciente ambulatorio. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por servicios individuales por abuso de drogas cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por servicios en grupo por abuso de drogas cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se le va a hacer una operación quirúrgica en una clínica de hospital, debe preguntarle a su proveedor si va a ser paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado, usted es paciente ambulatorio y paga los costos compartidos de cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.</p> <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 más arriba para obtener una lista de servicios que requieren autorización previa. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$350 por cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.</p>
<p>Medicamentos y suministros sin receta (OTC)</p> <p>Tiene una asignación anual para gastar en artículos, medicamentos y productos de venta sin receta (OTC) aprobados por el plan. Recibirá una tarjeta Mastercard® de beneficios flexibles de Select Health Medicare.</p> <p>Si no usa todo el monto de su beneficio de OTC anual al pedir o hacer compras, el saldo restante no se acumulará para el próximo año.</p> <p>Cómo obtener productos OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea: visite SelectHealth.NationsBenefits.com • Por teléfono: llame al (833) 878-0232 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) • Por correo postal: complete y envíe el formulario de pedido en el catálogo de productos de NationsBenefits/Select Health. • Minoristas: utilice su tarjeta Mastercard® de beneficios flexibles de Select Health Medicare en los locales minoristas participantes. <p>Debe activar su tarjeta antes de usar sus beneficios. Puede activar su tarjeta en SelectHealth.NationsBenefits.com/activate.</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p>Usted cuenta con una asignación combinada de \$400 cada año en su tarjeta de beneficios flexibles de Select Health Medicare para usarla en artículos y servicios complementarios de locales participantes a través de sus beneficios de Bienestar a su manera y OTC.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Nota: la asignación anual combinada se comparte con su beneficio de Bienestar a su manera. Encontrará los detalles de su beneficio de Bienestar a su manera en esta Tabla de Beneficios, en el apartado "Programas de educación para la salud y el bienestar".</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a un asesor de experiencia de miembros de NationsBenefits al (833) 878-0232. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos*.</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio en el hospital o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico o terapeuta pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Puesto que nuestra red carece de centros de salud mental comunitarios, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio ambulatorio en el hospital.</p> <p>*Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$55 por día por un programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos y profesionales autorizados, incluidas las visitas al consultorio del médico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios en la oficina de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento de paciente ambulatorio de hospital, u otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista 	<p><u>Visitas al consultorio</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita al consultorio de su proveedor de atención médica primaria.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes básicos de oído y equilibrio llevados a cabo por su PCP o especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telemedicina, como: atención inicial o de seguimiento, diagnóstico o tratamiento. Muchos servicios están disponibles a través de la telemedicina en su totalidad o en parte, como la atención primaria, salud conductual, cardiología, neurología y otros servicios. <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o de telemedicina. Si opta por recibir uno de estos servicios a través de telemedicina, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telemedicina. • Ciertos servicios de telemedicina, incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional médico para pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare • Servicios de telemedicina para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para los miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro hospitalario o un centro de diálisis renal hospitalario de acceso crítico, un establecimiento de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telemedicina para miembros con trastorno por abuso de drogas o trastornos de enfermedad mental derivados, independientemente de su ubicación • Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación o tratamiento de los trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta en persona en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telemedicina ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telemedicina para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de Salud 	<p>Usted paga un copago de \$50 por cada visita al consultorio del proveedor especialista.</p> <p><u>Cirugía en el consultorio del médico</u> Usted paga un copago de \$0 por cada cirugía cubierta por Medicare cuando se realiza en el consultorio de su proveedor de atención médica primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada cirugía cubierta de Medicare cuando se realiza en el consultorio de un especialista.</p> <p><u>Servicios de telemedicina</u> Usted paga la misma cantidad por los servicios de telemedicina que por una consulta en persona a su proveedor.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por una consulta de telemedicina con su proveedor de atención médica primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por los servicios de telemedicina ofrecidos por un proveedor especialista.</p> <p><u>Servicios dentales cubiertos por Medicare:</u> Usted paga un copago de \$50 por la atención dental cubierta por Medicare que no sea de rutina.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Rurales y los Centros de Salud Calificados Federalmente</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 o 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una visita en el consultorio de los últimos 7 días y ○ El control no necesita una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o en el momento en el que haya una cita disponible ● Evaluación del video y las imágenes que le envía al médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en las siguientes 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita en el consultorio de los últimos 7 días y ○ La evaluación no necesita una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o en el momento en el que haya una cita disponible ● Consultas que su médico le hace a otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo ● Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía ● Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico) 	
<p>*Se requiere autorización previa para servicios dentales cubiertos por Medicare. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p><u>Servicios de podología cubiertos por Medicare</u></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espón calcáneo). • Atención de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las extremidades inferiores <p><u>Atención de rutina de los pies</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 visitas por año calendario para servicios de atención de podología de rutina, como corte de uñas, por cualquier motivo o condición médica no cubierta por Original Medicare. 	<p>Usted paga un copago de \$50 por visitas al consultorio del podiatra cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por visita por hasta 6 visitas de cuidado de los pies de rutina cada año calendario.</p>
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>Usted paga un copago de \$0 por una prueba de PSA anual.</p>
<p>Aparatos protésicos y suministros relacionados*</p> <p>Los aparatos (que no sean dentales) que reemplacen todo o parte de una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, los marcapasos, los collarines, los zapatos ortopédicos, las extremidades artificiales y las prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de dichos aparatos. También incluye alguna cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas, consulte <i>Atención para la visión</i> más adelante en esta sección para mayores detalles.</p> <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 más arriba para obtener una lista de servicios que requieren autorización previa. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro por dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa y una orden para recibir rehabilitación pulmonar de un médico que esté tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>*Se requiere autorización previa. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección y orientación para reducir el consumo inapropiado de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de consumo inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.</p> <p>Si usted da positivo por uso indebido del alcohol, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación) proporcionadas por un médico de atención médica primaria calificado o profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo de detección y orientación cubiertos por Medicare para reducir el abuso de alcohol.</p>
<p> El examen para el cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que califiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas que tienen entre 50 y 77 años de edad que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes al año y que fuman en la actualidad o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una visita de toma de decisión compartida y orientación para la detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y la realizará un médico u otro profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón por LDCT después de la detección inicial por LDCT: los</i></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por la visita de orientación y de toma de decisiones compartidas o por la LDCT cubiertas por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>miembros deben recibir una orden por escrito para detección de cáncer de pulmón por LDCT, la cual puede ser emitida durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige ofrecerle una visita de orientación sobre la prueba de detección del cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores mediante LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenir dichas enfermedades</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que tienen un mayor riesgo de contraer ITS cuando las pruebas las ordena un proveedor de atención médica primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo</p> <p>También cubrimos cada año hasta un máximo de dos sesiones de orientación conductual de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos de duración, para los adultos activos que tienen mayor riesgo de contraer ITS. Solamente cubrimos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención médica primaria y se imparten en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de los exámenes de detección de ITS y la orientación para prevenir las ITS.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación para la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los refiere su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de capacitación y educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 20 % de coseguro por el tratamiento de diálisis cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga 20 % de coseguro por suministros y equipos de</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible temporalmente no se pueda acceder a él)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo internan en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación sobre autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquiera que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para que vigilen su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para inspeccionar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo su beneficio de Medicare Parte B. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte B, por favor consulte la sección, <i>Medicamentos con receta de Medicare Parte B</i>.</p>	<p>diálisis domiciliaria cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p>Para los servicios de diálisis renal para pacientes internados, aplican los mismos copagos que para la Atención hospitalaria para pacientes internados anteriormente indicados en esta tabla de beneficios.</p>
<p>Atención en centro especializado de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés)*</p> <p>(Para ver la definición de atención en centro especializado de enfermería, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros especializados de enfermería a veces se llaman SNF).</p> <p>Tiene cobertura hasta por 100 días en cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales. • Servicios especializados de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes en el cuerpo de manera natural, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre: incluida la conservación y la administración. La cobertura de la sangre completa, los glóbulos rojos 	<p>Usted paga el siguiente copago por cada período de beneficios en un centro especializado de enfermería cubierto por Medicare (consulte la definición de período de beneficios en el Capítulo 12 de este manual):</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$203 por día por los días 21 a 65.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 66 a 100.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>empaquetados y otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente provistos por los servicios especializados de enfermería (SNF) • Pruebas de laboratorio generalmente provistas por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos generalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas generalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/profesionales <p>Generalmente, recibirá su atención de SNF de clínicas de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones indicadas a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido de la red en un centro que no es proveedor de la red, si el centro acepta nuestras cantidades del plan como pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para ancianos o comunidad de jubilados de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro especializado de enfermería). • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja en el momento en que usted deja el hospital <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	
<p> Programa para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicinas que pueden verse afectadas por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de orientación para dejar de fumar.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con orientación en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	
<p>Programa Lifestyle Medicine de St. Luke’s</p> <p>El programa Lifestyle Medicine proporciona intervenciones en el estilo de vida basadas en la evidencia que empoderan a los individuos con conocimiento y habilidades para la vida para hacer cambios de comportamiento eficientes y abordar la causa raíz de la enfermedad crónica.</p> <p>Trabjará con un equipo interdisciplinario para crear un plan de atención a medida que participa de una serie de citas individuales y clases grupales.</p> <p><u>El programa incluye lo siguiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación en salud individual • Clases de nutrición y cocina • Ejercicio grupal supervisado por un médico (en persona) • Evaluación y asignación de ejercicio virtual individual • Resiliencia al estrés y clases de bienestar emocional • Clases para cambios en el comportamiento • Gestión del sueño saludable • Orientación en salud para mantener los cambios 	<p>Paga un copago de \$0 por los servicios del programa Lifestyle Medicine de St. Luke.</p> <p>Nota: Para visitas a un proveedor médico realizadas en un consultorio de St. Luke’s Clinic-Lifestyle Medicine, será responsable de su copago de PCP.</p>
<p>Terapia de Ejercicio Supervisada (SET, por sus siglas en inglés)*</p> <p>La SET está cubierta para miembros que tienen la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática y un referido para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumple con los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir de sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. 	<p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita de SET cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Realizarse en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Realizarse por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera o enfermera clínica especializada, que debe recibir capacitación en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>Se pueden cubrir más de 36 sesiones SET durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p> <p>*Se requiere autorización previa. Los proveedores de la red son los responsables de obtener la autorización previa.</p>	
<p>Servicios necesarios con urgencia</p> <p>Los servicios necesarios con urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica no urgente e imprevista que requiere atención médica inmediata pero que, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios necesarios con urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios necesarios con urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red se dan si: Se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicos inmediatos por una afección imprevista pero no se trata de una urgencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. El costo compartido para servicios necesarios con urgencia proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>Usted tiene cobertura para cuidados de urgencia en todo el mundo. Si viaja fuera del área de servicio del plan y necesita servicios de atención de urgencia necesarios,</p>	<p>Usted paga un copago de \$50 por los servicios cubiertos por Medicare en un centro de atención de urgencia.</p> <p>No hay copago adicional para análisis de laboratorio y/o radiografías realizadas durante una visita de cuidados de urgencia.</p> <p>El copago por cuidados de urgencia se exime si es referido al Departamento de Emergencias o internado en el hospital en las 24 horas siguientes por la misma condición médica. Si usted es remitido al Departamento de Emergencia o admitido como paciente usted internado pagará, en su lugar, los Servicios de Emergencia o copago como paciente internado.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
usted pagará el mismo copago que si usara un proveedor de urgencia dentro de la red.	
<p> Atención para la visión</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular senil. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tienen un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección del glaucoma cada año. Las personas que tienen un riesgo alto de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad o más e hispanos americanos de 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de retinopatía diabética una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (Si le realizan dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). • Para los miembros con un diagnóstico de queratocono, cubrimos los lentes de contacto para corregir la visión. <p>Nota: Para los servicios médicos cubiertos (servicios relacionados con el tratamiento o el control de una condición médica existente) tendrá que utilizar un proveedor de la red de Select Health Medicare (para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor en la red de Select Health, consulte el capítulo 3, sección 2.2, <i>Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista de rutina • Determinación de la refracción (prueba para determinar la graduación del artículo de la visión que requiera) 	<p>Usted paga un copago de \$50 por exámenes oculares que no sean de rutina cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes oculares de rutina con un proveedor de EyeMed.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por refracciones con un proveedor de la red de EyeMed.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los exámenes de glaucoma cubiertos por Medicare una vez al año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los exámenes de detección de la retinopatía diabética cubiertos por Medicare, una vez al año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de someterse a una cirugía de cataratas hasta la cantidad autorizada por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por lentes de contacto para miembros con queratocono.</p> <p>En la refracción, detección del glaucoma o retinopatía se realiza durante un examen de los ojos, entonces será todavía responsable del copago por examen ocular.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Nota: Para los exámenes oculares de rutina y las refracciones, deberá recurrir a un proveedor de la red EyeMed Access (para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor de EyeMed, consulte el Capítulo 3, Sección 2.2, <i>Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red</i>).</p>	
<p>Hardware de la visión</p> <p>Este beneficio es administrado por EyeMed Vision Care®. Los servicios se pagan en el momento de brindarse cuando utiliza proveedores que están en la red de EyeMed Access, como LensCrafters®, Target Optical® y la mayoría de los locales de Pearl Vision®. (Para obtener información sobre cómo encontrar un minorista de EyeMed, consulte el capítulo 3, sección 2.2).</p> <p>Si recurre a comercios fuera de la red para adquirir sus equipos oftalmológicos, podrá solicitar un reembolso hasta el monto de la asignación.</p> <p>Este beneficio tiene una cantidad permitida para cualquier marco, lentes y opciones de lentes disponibles en la ubicación del proveedor o lentes de contacto (convencionales o desechables) una vez al año, ya sea en un proveedor de la red o en un proveedor fuera de la red.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p>Tiene derecho a una asignación de \$200 al año por artículo de la visión.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>El plan reembolsará hasta \$200 en concepto de artículos de la visión.</p> <p>Nota: El hardware de visión no está incluido en los gastos de bolsillo máximos anuales.</p>
<p> Visita preventiva de Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la única visita preventiva de Bienvenido a Medicare. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo determinadas pruebas de detección y vacunas), y referidos para otra atención, si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de Bienvenido a Medicare sólo durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desearía programar su visita preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por la visita preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

Esta sección detalla qué tipos de servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos bajo este plan.

La tabla a continuación describe ciertos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que se cubren bajos condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se detallan a continuación. Incluso si usted recibe servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y tras la apelación se decide que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.</p>
Medias de compresión		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Los siguientes no están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debajo de la rodilla, presión 18-30 • Hasta el muslo • Toda la pierna • Hasta la cintura • Ligeros <p>Estos suministros pueden estar disponibles conforme al beneficio sin receta médica</p>
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre si son necesarios por lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con malformación. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, así como también para la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado supervisado. Los cuidados supervisados son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidados que lo ayudan con las actividades diarias, como asearse o vestirse.</p>	<p>No cubiertos en ningún caso</p>	
<p>Las renovaciones de dispositivos y servicios que no sean médicamente necesarios no están cubiertas por el plan. Usted es responsable de pagar la diferencia entre el modelo básico cubierto y el dispositivo o servicio actualizado.</p>	<p>No cubiertos en ningún caso</p>	
<p>Procedimientos experimentales médicos y</p>		✓

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
<p>quirúrgicos, equipo y medicamentos.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información acerca de estudios de investigación clínica).</p>
<p>Tarifas cobradas por la atención de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p>	No cubiertos en ningún caso	
<p>Atención de enfermería en el hogar a tiempo completo</p>	No cubiertos en ningún caso	
<p>Los aparatos de asistencia auditiva o los exámenes para ajustar los aparatos de asistencia auditiva.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Los aparatos de asistencia auditiva y exámenes para ajustarlos no están cubiertos, a menos que use un audiólogo aprobado de la red de TruHearing. (Para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor de aparatos de asistencia auditiva, consulte el capítulo 3, sección 2.2).</p>
<p>Comidas entregadas a domicilio</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cobertura de hasta 14 días de comidas previamente autorizadas para los afiliados que reúnan los requisitos después de haber sido dados de alta de un hospital de cuidados agudos o de un centro especializado de enfermería.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Los servicios de la casa incluyen asistencia básica con las tareas de la casa, incluyendo limpieza básica o preparación de comidas ligeras.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>El servicio Papa Companionship puede ofrecer algunos de estos servicios</p>
Suministros para la incontinencia		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Estos suministros pueden estar disponibles conforme al beneficio de venta sin receta médica</p>
Servicios de medicina natural (que utilizan tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ningún caso	
Atención dental que no es de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión podría estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.</p>
Zapatos ortopédicos o aparatos de soporte para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos que son parte de un aparato ortopédico para la pierna y que están incluidos en el costo del mismo. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.</p>
Artículos personales en su habitación del hospital o un centro especializado de enfermería, tales como un teléfono o un televisor.	No cubiertos en ningún caso	
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
		Solo se cubre cuando se considere necesario por razones médicas.
Compra o alquiler de equipo o suministros de oximetría de pulso para uso en el hogar.		✓ (Estos suministros pueden estar disponibles conforme al beneficio de venta sin receta médica)
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros procedimientos para la visión baja	No cubiertos en ningún caso	
Reversión de un procedimiento de esterilización y suministros de anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ningún caso	
Atención quiropráctica de rutina		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Servicios considerados como no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare	No cubiertos en ningún caso	
Procedimientos en venas		✓ Los procedimientos en venas solo se cubren cuando se realizan en una clínica o centro especializado en venas acreditado.

Exclusiones y limitaciones para Delta Dental Idaho Medicare

Las siguientes exclusiones y limitaciones se aplican a su cobertura dental.

Exclusiones

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

- Lesiones accidentales: la reparación de lesiones accidentales a los dientes naturales, coronas y las estructuras de apoyo alrededor de los dientes, como resultado de fuerzas externas a la boca, no están cubiertos cuando los servicios están cubiertos por cualquier otra póliza de seguro (por ejemplo, médica, automotriz, de propietarios de viviendas, de responsabilidad comercial, plan de salud patrocinado por el gobierno).
- Gastos administrativos: los servicios obtenidos por motivos administrativos no están cubiertos. Los cargos para completar formularios de seguros, servicios de duplicación, intereses, cargos de financiamiento, cargos por pago tardío, envío y manipulación, citas que no ha acudido y otros cargos administrativos no están cubiertos.
- Pruebas de susceptibilidad de caries
- Ciertas actividades ilícitas: los servicios para una enfermedad, condición médica, accidente o lesiones no están cubiertos si produjo mientras el miembro era un participante voluntario en una actividad ilegal.
- Complicaciones: todos los servicios proporcionados u ordenados para tratar las complicaciones de un servicio no cubierto no están cubiertos.
- TC de haz cónico: la TC de haz cónico o la captura de datos craneofaciales, incluyendo la reconstrucción de imágenes bidimensionales o tridimensionales, no está cubierta.
- Dientes faltantes desde el nacimiento (congénito): los servicios relacionados con dientes que faltan congénitamente no están cubiertos.
- Procedimientos de cosmética/estética
- Proveedores excluidos: los servicios de proveedores excluidos por cualquier programa de atención médica estatal o federal no están cubiertos.
- Cargos en exceso: los cargos de proveedores y centros que superen la cantidad permitida para los servicios cubiertos no están cubiertos. Usted es responsable de pagar los cargos en exceso de proveedores y centros no participantes.
- Fluoruro y tratamientos de fluoruro
- Protectores nocturnos o protectores bucales deportivos
- Guardias de noche o protectores bucales deportivos
- Servicios sin cargo: los servicios que no facturaría el proveedor ante la ausencia de cobertura de seguro dental no están cubiertos.
- Servicios y condiciones médicas no dentales: los servicios no dentales no están cubiertos, tales como los honorarios por servicios hospitalarios, pruebas de laboratorio, medicamentos con y sin receta, u otros servicios médicos.
- Tratamiento por parte de alguien que no es dentista: los servicios proporcionados por alguien que no sea un proveedor dental con licencia, o una persona que está legalmente autorizada para trabajar bajo la supervisión directa de un dentista, no están cubiertos.
- Oclusión: los servicios destinados a corregir, alterar o restaurar el contorno dental, el contacto o la oclusión, como protectores nocturnos o aparatos ortopédicos, no están cubiertos. Los servicios diseñados para reconstruir o reemplazar las superficies de masticación debido a dientes desalineados o estructura dental perdida por desgaste, erosión, desalineamiento, atrición o abrasión dental tampoco están cubiertos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

- Otra cobertura de seguro (vehículo, gobierno, responsabilidad civil, etc): los gastos por servicios y tratamiento que son reembolsados bajo cualquier otra póliza de seguro (por ejemplo, médicos, automóviles, propietarios, responsabilidad comercial, plan de salud patrocinados por el gobierno) o cuando otros terceros pueden o no pueden ser responsables no están cubiertos. Esto se aplica si el seguro se emite, o si no proporciona beneficios disponibles a los miembros, independientemente de si la persona presenta una reclamación bajo la póliza de seguro. Además, los servicios recibidos sin costo desde cualquier estado, federal, o agencia local están excluidos.
- Accesorios de precisión/Acesorios de semiprecisión
- Servicios de proveedores relacionados: los servicios proporcionados a un miembro por un proveedor que habitualmente reside en el mismo hogar que el miembro no están cubiertos.
- Reemplazo de aparatos perdidos, robados, o aparato dental roto o prótesis removible: reemplazo de cualquier pérdida, robo o rotura (no de uso normal o desgaste) de aparato dental o prótesis removible no está cubierto, independientemente de la causa de la pérdida o daño. Los aparatos dentales incluyen, pero no se limitan a, retenedores, dentaduras postizas, puentes, etc.
- Sellantes
- Servicios recibidos antes de la cobertura entrara en vigencia o después de la terminación de la cobertura.
- Mantenedores de espacio.
- Estándar de atención: los servicios que están fuera del estándar de atención generalmente aceptada por la comunidad de proveedores dentales no están cubiertos.
- Consultas por teléfono/correo electrónico: los cargos para consultas del proveedor brindado por teléfono/correo electrónico no están cubiertos.
- Servicios temporales (por ejemplo, coronas temporales): los aparatos temporales, restauraciones u otros procedimientos no están cubiertos. "Temporal" para fines de esta exclusión es una duración inferior a seis meses.
- Trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Dysfunction, TMJ): todos los servicios, incluida mioterapia, utilizada para corregir o tratar cualquier dolor, disfunción o condición asociada a las articulaciones temporomandibulares no están cubiertos.
- Trasplante de dientes: todos los servicios relacionados con el trasplante de un diente.
- Tratamientos para el control de hábitos dañinos (por ejemplo, protusión lingual): los tratamientos, dispositivos o aparatos que se utilizan para corregir o controlar hábitos dañinos como la succión del pulgar, protusión lingual, etc. no están cubiertos.
- Servicios no necesarios o en exceso: no está cubierto cualquier servicio o tratamiento que el plan considere que no es dentalmente necesario o que no se ajusta al estándar de atención generalmente aceptado por la comunidad de proveedores dentales.
- Servicio de guerra y militares: no está cubierto el tratamiento de cualquier condición causada por, o que surja de, la participación activa de los miembros en una guerra u otra insurrección.

Limitaciones

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

- Exámenes orales, limpiezas y radiografías de aleta de mordida se cubren solo una vez al año.
- Las radiografías intraorales panorámicas o completas están cubiertas una vez cada 36 meses.
- La reparación o reemplazo de obturaciones o restauraciones no está cubierto en los 24 meses siguientes del relleno o restauración originales.
- Repetición de los procedimientos de endodoncia no están cubiertos en los 12 meses siguientes del procedimiento original cuando lo realiza el mismo proveedor.
- La cirugía periodontal se cubre solamente una vez por cuadrante cada 36 meses.
- El desbridamiento periodontal se cubre solamente una vez cada 36 meses.
- El raspado periodontal o el alisado radicular está cubierto solamente una vez por cuadrante cada 24 meses.
- El mantenimiento periodontal se cubre solamente dos veces al año en lugar de una limpieza.
- Reemplazo de puentes, prótesis, implantes u otros dispositivos de protodoncia debido al uso o desgaste normal, pérdida de los dientes restantes, o cambio en el apoyo del tejido, se cubre solamente después de cinco años a partir de la fecha de colocación.
- La reparación o ajuste de puentes, prótesis, implantes u otros dispositivos de protodoncia debido al uso o desgaste normal está cubierto solo después de seis meses desde la fecha de colocación.
- El rebasado (en inglés “rebasing”) de dentaduras postizas se cubre solamente una vez cada 36 meses.
- El revestimiento de las dentaduras postizas se cubre solamente una vez cada 18 meses.
- La sustitución de coronas, muñones de coronas, carillas, inserciones, recubrimientos o restauraciones está cubierta solo una vez cada 5 años.
- El procedimiento de administración localizada de agentes antimicrobianos a través de excipientes de liberación controlada (Arestin) no debe superar tres dientes por cuadrante o el 30% de la boca por año calendario.

CAPÍTULO 5:

*Usar la cobertura del plan
para medicamentos con receta de la
Parte D*

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte en el Capítulo 4 los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

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

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

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El profesional que receta no debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Normalmente debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red* o a través de servicio de encargo por correo del plan).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos recetados disponibles)* (nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar) del plan. (Consulte la Sección 3, *Es necesario que sus medicamentos estén en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Una indicación aceptada médicamente es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyada por ciertos otros libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Vea la Sección 2.5 para mayor información acerca de cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (selecthealth.org/medicare) y/o llamar a Servicios para Miembros.

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué ocurre si la farmacia que ha estado usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, tendrá que encontrar una farmacia nueva que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su zona, puede pedir ayuda al Servicio para Miembros o utilizar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare.

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes en un centro de atención a largo plazo (LCT). Normalmente, un centro LTC (como un hogar para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en una instalación LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Las farmacias que sirven al Programa para Servicios de Salud Indio/para Tribus/Indios Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos, o los indígenas de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Las farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores o educación en su uso. (Nota: Este escenario ocurre muy pocas veces).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. En general, los medicamentos proporcionados a través de pedido por correo son aquellos que toma habitualmente para una condición médica crónica o de larga duración. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Nuestro servicio de pedido por correo del plan le permite ordenar **un suministro de hasta 100 días**.

Para obtener los formularios e información para surtir su receta médica por correo, visite el sitio web en selecthealth.org/medicare o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Normalmente, recibirá un pedido de farmacia por correo en un plazo no superior a 7 días. Si tarda más de 7 días en recibir un medicamento, puede surtirlo en una farmacia minorista local. Usted o la farmacia tendrán que llamarnos para explicarnos por qué fue necesario surtir la receta por esta vía. Para obtener información acerca de surtir sus recetas por correo, llame al Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la parte de atrás de este manual).

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

Una vez que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para ver si quiere que le surtan el medicamento inmediatamente o posteriormente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de las recetas médicas mediante pedido por correo. Para los resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Según este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que usted está por quedarse sin su medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que usted necesita más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha sido cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático pero quiere que la farmacia de venta por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 7 días antes de que se agote su receta actual. Esto asegurará que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar la inscripción en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros al número de teléfono impreso en la contraportada de este manual.

Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, puede solicitar el reembolso.

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

Cuando recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea menor. El plan ofrece dos formas para obtener un suministro a largo plazo (también llamado un suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que toma habitualmente para una condición médica crónica o de larga duración).

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puedo usar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?**Es posible que se pueda cubrir su receta médica en determinadas situaciones.**

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarle, tenemos farmacias fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia de fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- la receta es para una atención médica de emergencia o urgente;
- no hay farmacias de la red abiertas 24 horas en un radio de manejo razonable en el momento que se necesita; o
- un medicamento está agotado en una farmacia accesible de la red y no hay ninguna otra farmacia de la red accesible.

Normalmente cubrimos solamente hasta un suministro de 30 días de medicamento en una farmacia fuera de la red. Es posible que pague más de su receta médica en una farmacia fuera de la red que en una farmacia de la red. Salvo en caso de un desastre nacional o local, usted debe obtener la autorización nuestra para pagar una reclamación de farmacia fuera de la red. Sin embargo, es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta y luego pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de sus costos.

¿Cómo se le pide reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, normalmente tendrá que pagar el costo completo (en vez de su costo compartido normal) en el momento en que surta su receta médica. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestro costo compartido. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo pedir un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Es necesario que sus medicamentos estén en la “Lista de medicamentos” del plan

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

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

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por esta entidad.

Los medicamentos de la “Lista de medicamentos” son sólo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición médica para la cual se receta.
- -- o -- Respaldo por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de formulario de hospitales estadounidenses y el Sistema de información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento o producto biológico de marca y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos o alternativas biosimilares para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D**¿Qué no está en la “Lista de medicamentos”?**

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para mayor información acerca de esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en la “Lista de medicamentos”. En algunos casos, podrá obtener un medicamento que no esté en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 5 niveles de costos compartidos para medicamentos en la “Lista de medicamentos”

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan están en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto es el nivel de costos compartidos, mayor es el costo que debe pagar por el medicamento.

- El nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel más bajo. Usted no paga un copago por los medicamentos en este nivel.
- El nivel 2 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos.
- El nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos.
- El nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de marca no preferidos.
- El nivel 5 de costos compartidos incluye los medicamentos de especialidad. Este es el nivel más alto. Los medicamentos en esta categoría son generalmente más caros y le cuestan más en la farmacia.

Para averiguar el nivel de costo compartido en que está su medicamento, búsquelo en la “Lista de medicamentos” del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos aparece en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

SECCIÓN 3.3 ¿Cómo puede descubrir si un medicamento específico está en la “Lista de medicamentos”?

Tiene 3 formas de descubrirlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (selecthealth.org/medicare). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la que está más al día.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento específico está en la “Lista de medicamentos” del plan o para solicitar una copia de la lista.

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

4. Utilice la "Herramienta de prestaciones en tiempo real" del plan (selecthealth.org/medicare) o llame a Servicios para Miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos" para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que podrían tratar la misma condición médica.

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros y sus proveedores a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si aplican algunas de estas restricciones a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la "Lista de medicamentos". Si un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien desde el punto de vista médico que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para animarle a usted y a su proveedor a que utilicen la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra "Lista de medicamentos". Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por el proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg, una vez al día frente a dos veces al día, comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

En las siguientes secciones, puede encontrar más información acerca de los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente quiere decir que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si quiere que le brindemos una exención de la restricción, tendrá que utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Es posible que estemos de acuerdo en no aplicar la restricción o quizás no. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que el medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. **En la mayoría de**

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

los casos, cuando esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado de la razón médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funcionarían en su caso *O* ha escrito "Sin sustituciones" en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original *O* nos ha informado de la razón médica por la que ni el medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad funcionarían en su condición médica, entonces cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable).

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que accedamos a cubrirle el medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no recibe esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar primero un medicamento distinto.

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos pero por lo general igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerir que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le va bien, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento distinto primero se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

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

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

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

Hay situaciones en las que está tomando un medicamento con receta o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar y que no está en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles o está con restricciones. Por ejemplo:

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión del medicamento de marca que usted quiere tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más costosos que lo que usted cree.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como usted quisiera. Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que hace que su medicamento sea más costoso de lo que usted cree, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si está restringido, estas son las opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que quite las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio de cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la “Lista de medicamentos” del plan O ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su afiliación al plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si le dieron la receta por menos días, le permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de un centro de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

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

Cubrimos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta fue escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.

- **Si usted experimenta un cambio en el nivel de atención, como un traslado de un hospital a un hogar, y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada:**

Cubriremos un suministro temporal de una sola vez de su medicamento hasta por 30 días (o 31 días si usted reside en un centro de atención a largo plazo) cuando usa una farmacia de la red. Durante este período, debe usar el proceso de excepción del plan si desea tener cobertura continua para el medicamento después de que se acabe el suministro temporal.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio para Miembros.

Durante el tiempo que usted esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, usted debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se acabe. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar de medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir que el plan haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted desearía que se cubriera. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican el pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará de la lista de medicamentos recetados disponibles o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que entre en vigencia el cambio.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, en el Capítulo 9, Sección 6.4, se indica lo que tienen que hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha estipulado para asegurarse de que su solicitud se administre de manera oportuna y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted cree es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted cree es demasiado alto, estas son las cosas que puede hacer:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted cree es demasiado alto, hable con su proveedor. Quizá haya un medicamento distinto en un nivel de costos compartidos más bajo que le funcione de igual forma. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento para que usted pague menos por éste. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican el pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 habla de lo que tienen que hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha estipulado para asegurarse de que su solicitud se administre de manera oportuna y justa.

Los medicamentos en nuestro nivel de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costos compartidos para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?**Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede cambiar durante el año**

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

- **Añadir o quitar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo.**
- **Añadir o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?**Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando ocurren cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos la información sobre esos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea con regularidad. A continuación, le indicamos los momentos en que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año en curso del plan

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca o ambas opciones)**
- Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo sustituimos por una versión genérica del mismo medicamento recientemente aprobada. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de Medicamentos”, pero moverlo de inmediato a un nivel de costos compartidos más alto o agregar restricciones nuevas, o ambas opciones, cuando se agregue el genérico nuevo.
- Es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca al momento de hacer el cambio, le proporcionaremos la información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o el profesional que receta nos pueden solicitar que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
- A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirar inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, se lo diremos enseguida.
- El profesional que receta también se enterará de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición médica.
- **Otros cambios a los medicamentos en la “Lista de medicamentos”**

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

- Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas opciones. También podríamos hacer cambios según las advertencias de la FDA o pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare.
- Para estos cambios, debemos avisarle sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o avisarle sobre el cambio y proporcionarle un resurtido para 30 días, del medicamento que está tomando, en una farmacia de la red.
- Una vez que reciba el aviso del cambio, debe colaborar con el profesional que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones del medicamento que está tomando.
- Usted o el profesional que receta nos puede solicitar que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de medicamentos” que no le afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no estén descritos anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Mover su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Poner una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Quitar su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si ocurre alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales en el uso de su medicamento.

No le informaremos directamente de este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Deberá consultar la “Lista de medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta están excluidos. Esto quiere decir que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Estas son tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Generalmente, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El **uso no indicado en la etiqueta** es cualquier uso que no sea uno de los indicados en una etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el uso no indicado en la etiqueta se permite solamente cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de formulario de American Hospital y el Sistema de información DRUGDEX.

Además, según la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
 - Su plan incluye un beneficio que cubre los productos OTC, puede encontrar más información sobre el beneficio de OTC en el Capítulo 4, Sección 2.1 en la tabla de beneficios de medicamentos y suministros sin receta.
- Medicamentos utilizados para fomentar la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para fomentar el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, para perder peso o para ganar peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta.

Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional”** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Indique sus datos de afiliación

Para surtir su receta, proporcione los datos de su afiliación al plan, que se encuentran en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo del medicamento. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene sus datos de afiliación?

Si no tiene sus datos de afiliación cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información sobre su inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta cuando la recoja.** (Entonces puede pedirnos que le **reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información acerca de cómo pedirle el reembolso al plan).

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

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

Generalmente, si a usted lo ingresan a un hospital o centro especializado de enfermería para una estadía cubierta por el plan, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro especializado de enfermería, el plan cubrirá sus

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

medicamentos con receta siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este Capítulo.

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

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (como un hogar para ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es un residente de un centro LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que este utiliza, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo o la que este utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, póngase en contacto con Servicios para Miembros. Si usted está en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted es un residente en un Centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de medicamentos” o está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre el suministro temporal o de emergencia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Esa persona le puede ayudar a determinar la manera en que su cobertura de medicamentos con receta actual funcionará con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que reciba de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso quiere decir que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial acerca de la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le diga si su cobertura de medicamentos con receta para el año de calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, quiere decir que el plan tiene cobertura de medicamentos del que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable porque puede necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

posible que necesite estos avisos para mostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare?

El centro de atención para pacientes terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de atención para pacientes terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, medicamentos para el dolor o medicamentos contra la ansiedad) que no están cubiertos por su centro de atención para pacientes terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal ni con las condiciones médicas relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del profesional que receta o del proveedor de atención de pacientes terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de atención de pacientes terminales o al profesional que receta que avise antes de que le surtan la receta.

En el caso de que usted revoque la elección del centro de atención para pacientes terminales o sea dado de alta del mismo, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos, como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termina su beneficio de atención para pacientes terminales de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos**Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos con seguridad**

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, tales como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que puede que no sean seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen componentes a los que es alérgico

Capítulo 5 Uso de la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades poco seguras de medicamentos opioides para el dolor

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

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

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis con opioides, podremos hablar con sus médicos para garantizar que su uso sea el adecuado y necesario desde un punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo inscribimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o benzodiazepinas de una determinada farmacia
- Requerirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o benzodiazepinas de un determinado médico
- Limitarle la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que le cubriremos

Le enviaremos una carta con anticipación si tenemos previsto limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos sólo de un médico o farmacia específicos. Tendrá una oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y tomaremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No se le incluirá en nuestro PMD si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con cáncer activo o anemia de células falciformes, si está recibiendo atención para pacientes terminales, cuidados paliativos o atención al final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Nosotros tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama programa de Administración de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratis. Un equipo de farmacéuticos y médicos ha desarrollado el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o bien se encuentran en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos si usted califica para el programa. Durante la revisión, usted puede conversar sobre sus medicamentos, sus costos, o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, cuánta cantidad y por qué los está tomando.

Además, los miembros del programa MTM recibirán información acerca del desecho seguro de medicamentos recetados que se consideran sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve su resumen con usted a su visita o cada vez que converse con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, por favor avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

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

¿Está recibiendo ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no apliquen en su caso**. Enviamos un folleto por separado, llamado *Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta* (también conocida como la Cláusula de subsidio por bajos ingresos o la Cláusula LIS), que le informa acerca de su cobertura para medicamentos. Si no tiene este folleto, por favor llame a Servicios para Miembros y pregunte sobre la “Cláusula LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos la palabra “medicamento” para referirnos a 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 cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información de pago, necesita saber cuáles medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utilice la "Herramienta de prestaciones en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionarle una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada por la "Herramienta de prestaciones en tiempo real" llamando al Servicios para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que paga por un medicamento se llama **costos compartidos** y hay tres maneras en que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que el plan empiece a pagar su parte.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos su bolsillo para usted. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que se indican a continuación (siempre que se trate de medicamentos cubiertos por la Parte D y que haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- La cantidad que paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de deducible
 - La etapa de cobertura inicial
 - La etapa de intervalo en la cobertura
- Los pagos que haya hecho durante este año de calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto antes de apuntarse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si fue **usted mismo** el que hizo estos pagos, los mismos están incluidos en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos también *están incluidos* en sus costos de gastos de bolsillo si los hicieron de parte suya por **ciertas otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones de caridad, por los programas de ayuda de medicamentos contra el SIDA, por un Programa estatal de ayuda farmacéutica que esté certificado por Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos hechos por la “Ayuda adicional” de Medicare.
- Algunos pagos realizados por el Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare están incluidos en los gastos de su bolsillo. Se incluye la cantidad que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que paga el plan por sus medicamentos genéricos.

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que paguen en su nombre) haya gastado un total de \$8,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

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

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- La cantidad que paga por su prima mensual.
- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia de fuera de la red y que no satisfacen los requisitos del plan para cobertura de fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluyendo medicamentos con receta cubiertos por Parte A o Parte B y otros medicamentos excluidos de cobertura por Medicare.
- Los pagos que usted haga para medicamentos con receta no cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare.
- Los pagos hechos por el plan por medicamentos de marca o genéricos mientras está en la Etapa sin cobertura.
- Los pagos por medicamentos que hagan planes de salud grupales, incluyendo los planes de salud del empleador.
- Los pagos por medicamentos que hacen ciertos planes de seguros y programas de salud subvencionados por el gobierno, tales como TRICARE y la Administración de Veteranos de las Fuerzas Armadas.
- Los pagos por medicamentos hechos por terceros que tienen una obligación legal de pagar costos de receta (por ejemplo, Compensación para Trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que se mencionan anteriormente, paga parte o la totalidad de los gastos de bolsillo por los medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de los gastos de bolsillo. Cuando este monto llegue \$8,000, este informe le dirá que ha salido de la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga usted por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté cuando obtenga el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Select Health Medicare Classic?
--

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta bajo Select Health Medicare Classic. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de intervalo en la cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura catastrófica

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado la <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la EOB de la Parte D)
--

Nuestro plan hace un seguimiento de costos de sus medicamentos con receta y los pagos que ha hecho cuando surte o vuelve a surtir sus recetas en la farmacia. De esta manera, le podemos decir cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la etapa siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama **Gastos de bolsillo**.
- Llevamos un registro de sus **Costos totales de medicamentos**. Este es el monto que paga de gastos de bolsillo, o que otros pagan en su nombre, más la cantidad pagada por el plan.

Si le han surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes**. Este informe da detalles de pago acerca de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Indica los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted ha pagado u otros han pagado en su nombre.

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

- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se llama información del año a la fecha. Indica los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el principio del año.
- **Información de precios de medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, así como información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Recetas de medicamentos alternativos a menor costo disponibles.** Esto incluirá información acerca de otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta.

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

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por los medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Esta es una manera en que puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que se le surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que estamos al tanto de las recetas que está surtiendo y de lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando ha hecho un copago por medicamentos que están provistos bajo un programa de ayuda al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para ver las instrucciones acerca de cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información acerca de los pagos que otros hayan hecho de su parte.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica, un Programa de Ayuda de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de

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

caridad cuentan para sus gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna duda, llámenos a Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo completo de los medicamentos de Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos; Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos; y Nivel 5, Medicamentos de especialidad

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa empieza cuando surte su primera receta del año. Cuando usted está en esta etapa de pago, debe pagar el costo total del Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos; Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos; y Nivel 5, Medicamentos de especialidad hasta que alcance el monto de deducible del plan, que es de \$200 para el 2024. El deducible no aplica para cubrir los productos de insulina y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas para herpes zóster (culebrilla), tétanos y vacunas para viajes. **Usted debe pagar el costo total de su Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos; Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos; y Nivel 5, Medicamentos de especialidad** hasta que alcance el monto de deducible del plan. No deberá pagar deducible para todos los otros medicamentos. El **costo total** es generalmente más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$200 por sus medicamentos de Nivel 3, Medicamentos de marca preferidos; Nivel 4, Medicamentos de marca no preferidos; y de Nivel 5, Medicamentos de especialidad, usted deja la Etapa de deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1 Lo que paga usted por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte la receta
--

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**El plan tiene 5 niveles de costos compartidos**

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan están en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costos compartidos, más tiene que pagar usted por el medicamento:

- El nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel más bajo. Usted no paga un copago por los medicamentos en este nivel.
- El nivel 2 de costos compartidos incluye los medicamentos genéricos.
- El nivel 3 de costos compartidos incluye medicamentos de marca preferidos e insulinas seleccionadas.
 - Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de marca no preferidos.
 - Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El nivel 5 de costos compartidos incluye los medicamentos de especialidad. Este es el nivel más alto. Los medicamentos en esta categoría son generalmente más caros y le cuestan más en la farmacia.

Para averiguar el nivel de costo compartido en que está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de dónde obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias de fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información acerca de cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y acerca de cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Farmacias* del plan.

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

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

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

Como se indica en la siguiente tabla, la cantidad del copago o del coseguro depende del nivel de costos compartidos en el que está su medicamento.

A veces el costo del medicamento es menor que el de su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

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

	Venta minorista estándar costo compartido (dentro de la red) (un suministro máximo de 30 días)	Costos compartidos de pedido por correo (un suministro máximo de 30 días)	Costos compartidos de la atención a largo plazo (LTC) (un suministro máximo de 30 días)	Costos compartidos de fuera de la red (La cobertura es limitada en determinadas situaciones; consulte los detalles en el Capítulo 5) (un suministro máximo de 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	\$6	\$0	\$6	\$6
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	\$47	\$47	\$47	\$47
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	\$100	\$100	\$100	\$100
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos de especialidad)	30%	30%	30%	30%

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de gastos compartidos, aunque no haya pagado su deducible.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.3 Si su médico le receta el suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes**

Generalmente, el monto que paga por un medicamento con recetado cubre un suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quieren que tenga un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). Usted también puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro de sus medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas en las que debe volver a surtir distintas recetas.

Si recibe un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si usted es responsable de pagar coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de hacer un copago por el medicamento, sólo pagará por la cantidad de días de medicamento que reciba, en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que paga usted por día de su medicamento (el precio de costo compartido diario) y la multiplicaremos por la cantidad de días de medicamento que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que indica sus costos para el suministro de un medicamento a largo plazo (de hasta 100 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (que también se llama un suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es de hasta 100 días.

La siguiente tabla indica lo que paga cuando obtiene un suministro de un medicamento a largo plazo.

- A veces el costo del medicamento es menor que el de su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Su parte del costo cuando recibe un suministro *a largo plazo* de un medicamento con recetado de la Parte D cubierto:

	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (hasta un suministro para 100 días)	Costos compartidos del pedido por correo (hasta un suministro para 100 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	\$18	\$0
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	\$141	\$141
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	\$300	\$300
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos de especialidad)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5 de costos compartidos.	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5 de costos compartidos.

No pagará más de \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de gastos compartidos, aunque no haya pagado su deducible.

Sección 5.5 Se queda en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos durante el año lleguen a \$5,030

Usted se queda en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos con receta que ha surtido alcanza el **límite de \$5,030 de la Etapa de cobertura inicial.**

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

La EOB de la Parte D que recibió le ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han pagado usted y el plan, así como cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Le comunicaremos si alcanza esta cantidad de \$5,030. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de intervalo en la cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Intervalo en la Cobertura

Cuando está en la Etapa de Intervalo en la Cobertura, el Programa de descuento por falta de cobertura de Medicare provee descuentos del fabricante para medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación por los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que paga como la cantidad descontada por el fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si las hubiera pagado usted y lo hace avanzar por la etapa de intervalo en la cobertura.

También recibe algo de cobertura por medicamentos genéricos. Paga un máximo de un 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga cuenta y lo hace avanzar por la etapa de intervalo en la cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen un monto máximo que Medicare ha establecido. Cuando llegue a este monto de \$8,000, sale de la Etapa de intervalo en la cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene reglas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la Etapa de intervalo de la cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster (culebrilla), el tétanos y las vacunas de viaje.

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de gastos compartidos.

Por favor, consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y los costos compartidos para las vacunas de la Parte D.

Select Health Medicare Essential (HMO) ofrece cobertura de intervalo adicional para determinados medicamentos para la diabetes del Nivel 1 y Nivel 2. Durante la Etapa de intervalo en la cobertura, los gastos de bolsillo para determinados medicamentos para la diabetes de Nivel 1 serán los de su copago de Nivel 1 para un suministro de un mes; los medicamentos para la diabetes de Nivel 2 serán los de su copago de Nivel 2 para un suministro de un mes. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han llegado al límite de \$8,000 para un año calendario. Una vez esté en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que se paga depende de cómo y dónde las consiga

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas son consideradas beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna misma**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **ponerle la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

- 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité asesor sobre prácticas de inmunización (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o suministrada por el consultorio médico.
- 3. Quién le pone la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede ponerle la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede dárselo en el consultorio médico.

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

Lo que paga cuando recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de medicamentos** en la que se encuentra.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor que se la pone. Puede pedirle a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que usted pagó.
- Otras veces, cuando le ponen la vacuna, sólo pagará su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted obtiene la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene o no esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias pongan ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de ponerle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Se le pone la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando le ponen la vacuna, es posible que tenga que pagar todo el costo tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor que se la pondrá.
- Entonces le puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que usted pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos el copago por la vacuna (incluida su administración) menos cualquier diferencia que haya entre el monto que el médico cobre y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y después la lleva al consultorio de su médico, donde le pondrán la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.

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

- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le ponga la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Entonces le puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que usted pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

*Cómo pedirnos que paguemos
nuestra parte de una factura que ha
recibido por
servicios médicos o medicamentos
cubiertos*

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

SECCIÓN 1 Situaciones en que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que vea que ha pagado más de lo esperado bajo las reglas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero se llama frecuentemente reembolsarle). Tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cada vez que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por un monto superior a su parte de los costos compartidos, como se indica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede necesitar pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención de emergencia o de necesidad urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan.

Puede recibir servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia de cualquier proveedor fuera del área de servicio, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

- usted sólo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de servicios necesarios con urgencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a prestar atención de emergencia. Si paga el monto completo usted mismo cuando recibe la atención, pídanos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía pagar usted y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted cree que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle a usted solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Sólo tiene que pagar su cantidad de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina facturación de saldo. Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de la factura.
- Si le ha pagado ya una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya hecho y pídanos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que haya pagado y la cantidad que debía bajo el plan.

3. Si se ha inscrito en nuestro plan retroactivamente.

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

Si a usted lo inscribieron en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de su inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación, tales como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

4. Cuando utiliza una farmacia de fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, puede que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando ocurre eso, tendrá que pagar el costo completo de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo. Recuerde que sólo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el capítulo 5, Sección 2.5, para obtener un análisis de estas circunstancias.

5. Cuando pague el costo completo de una receta porque no ha traído su tarjeta de miembro

Si no se ha traído su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no

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

puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que tenga usted que pagar el costo completo de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.

6. Cuando pague el costo completo de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo completo de la receta porque se encuentra con que, por alguna razón, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la “Lista de medicamentos” del plan o es posible que tenga un requisito o restricción del que no estaba enterado o que no cree se le deba aplicar. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo completo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que tengamos que obtener más información de su médico para devolverle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos dinero o que paguemos una factura que ha recibido

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de los pagos que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 12 meses para reclamaciones médicas o de 36 meses para reclamaciones de medicamentos con receta** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (selecthealth.org/medicare) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

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

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Para reclamaciones médicas	Select Health Medicare Atención: Medical Claims PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130
Para reclamaciones de farmacia	Select Health Medicare Atención: Farmacia PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos pagar el servicio o el medicamento y cuánto debemos pagar

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. Si no, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* está cubierto, o si usted *no* ha seguido todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta que explique las razones por las cuales no le vamos a enviar el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que vamos a pagar, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, quiere decir que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle la información de una manera que le resulte útil y que sea coherente con sus sensibilidades culturales
--

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva, o aquellos con orígenes étnicos y culturales diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de un modo que le resulte conveniente, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

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

Si tiene problemas para recibir información de nuestro plan en un formato que sea accesible o apropiado para usted, para consultar a un especialista en salud femenina o encontrar un especialista en la red, llame para presentar una queja ante Select Health Medicare Classic al **844-208-9012**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica primaria (PCP) en la red del plan para que provea y coordine sus servicios cubiertos. No requerimos que obtenga referidos para ir a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesita ese tipo de atención. También tiene derecho a que se le surtan o se le vuelvan a surtir las recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin retrasos prolongados.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le dice lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan así como sus historiales médicos y otros tipos de información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso de su información médica. Le damos un aviso escrito llamado un **Aviso de práctica de privacidad** que le habla de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus historiales.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le proporcione ni pague su atención, *estamos obligados a obtener primero un consentimiento por escrito suyo o de alguien a quien usted haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que primero obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por la ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

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

Tiene derecho a ver sus historiales médicos en poder del plan y a obtener una copia de estos. Se nos permite que le cobremos una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones en sus historiales médicos. Si nos pide que hagamos esto, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben hacerse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Revíselo cuidadosamente.

Comprendemos la importancia y la confidencialidad de su información de salud personal, y aplicamos medidas de seguridad para protegerla. El acceso a su información se limita a aquellos que la necesitan para realizar determinadas tareas. Restringimos el acceso a áreas de trabajo y utilizamos archivadores cerrados bajo llave y sistemas de computadoras protegidos por contraseñas. Cumplimos con todas las leyes federales y estatales que regulan el uso de su información de salud. Usamos su información de salud por escrito, en forma oral o en otros formatos (y permitimos que otros la usen) solo según lo permitan las leyes federales y estatales. Estas leyes le otorgan ciertos derechos con relación a su información de salud.

Participamos en acuerdos de atención médica organizados (organized healthcare arrangements, OHCA) con otras instituciones que incluyen, entre otras, entidades de Intermountain Healthcare, el Plan de Beneficios de Salud y de Vida de Intermountain (The Intermountain Life and Health Benefit Plan) y el Grupo Médico de la Universidad de Utah (University of Utah Medical Group) (con respecto a determinados servicios de especialidad pediátrica definidos). Estos miembros de OHCA comparten la información para tratamiento, operaciones de atención médica y pago, para mejorar, administrar y coordinar su atención.

Para obtener más información acerca de las actividades y ver la lista actual de todos los miembros de OHCA, visite selecthealth.org/plans/individual/services/Pages/ohca.aspx.

Derechos de su información de salud

Usted puede:

- Revisar y obtener una copia impresa de su póliza o registros de reclamaciones según lo permita la ley, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud (también puede solicitarnos que le proporcionemos una copia en formato electrónico, y lo haremos si la podemos generar fácilmente).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Solicitar y recibir una copia impresa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad actual o recibir una copia electrónica por correo electrónico si usted está de acuerdo con recibir una copia electrónica.
- Solicitarnos que lo contactemos en un domicilio o número de teléfono específicos si contactarlo en su dirección o número de teléfono actual lo puede poner en peligro.
- Solicitar y recibir un informe, según lo especifique la ley, de ciertas situaciones cuando se compartió su información sin su consentimiento.
- Recibir un aviso si Select Health o uno de sus socios comerciales causan una violación a su información sin garantía.
- Reportar una inquietud de privacidad y estar seguro de que nosotros investigaremos cuidadosamente su inquietud, apoyándolo de manera adecuada y sin tomar represalias contra usted de ninguna manera (de hecho, Select Health le proporcionará información de cómo reportar alguna inquietud de privacidad al Coordinador de privacidad de Select Health, la Oficina de privacidad de Intermountain Corporate o la Oficina de Derechos Civiles, el Departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU.).
- Solicitar por escrito otras restricciones sobre el uso de su información de salud o enmiendas a su información de salud si considera que está incorrecta, aunque es posible que no siempre podamos otorgar esas solicitudes.

Cómo se usa su información de salud**Usos comunes de la información de salud.**

Ya que proporcionamos beneficios de seguro médico, recopilaremos parte su información de salud. La ley nos permite usar o compartir esta información de salud para los propósitos que se detallan a continuación.

- Para recibir el pago de las primas por cobertura médica y para determinar y cumplir nuestra responsabilidad de proporcionarle beneficios. Por ejemplo, para realizar determinaciones de cobertura, administrar reclamaciones y coordinar beneficios con otras coberturas que usted pueda tener.
- Para mejorar el sistema global de Intermountain, así como para ayudar manejar mejor su atención. Por ejemplo, Intermountain tiene programas para administrar el tratamiento de condiciones crónicas, como la diabetes o el asma y, como parte de estos programas, compartimos información con los proveedores afiliados y con Intermountain Healthcare para posibilitar la coordinación mejorada de la atención que pueda recibir para estas condiciones médicas.
- Para apoyar a los proveedores de atención médica al proporcionar tratamiento.
- Para compartir, en circunstancias limitadas, información de salud con su patrocinador del plan. Sin embargo, Select Health sólo lo hará si el patrocinador del plan solicita específicamente información de salud para la administración de su plan de salud y acepta por escrito que no utilizará su información de salud para tomar decisiones o realizar acciones relacionadas con el empleo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para identificar los servicios relacionados con la salud que pueden ser de beneficio para su salud y, después, comunicarnos con usted para informarle sobre estos servicios.
- Para solicitarle su apoyo para mejorar la atención médica al contribuir en una de las fundaciones benéficas de Intermountain. (Si no desea que nos comuniquemos con usted para este propósito u otras comunicaciones para recaudar fondos, llame a la Oficina de Privacidad de Intermountain al **800-442-4845** para hacérselo saber. Los usuarios TTY deben llamar al **711**).
- Para mejorar los servicios que le ofrecemos permitiendo a compañías que contratamos, llamadas “socios comerciales”, que realicen algún trabajo especializado para nosotros. La ley exige que estos socios comerciales protejan su información de salud y se rijan por las mismas políticas de privacidad que nosotros.
- Para realizar un tipo específico y muy limitado de investigación relacionada con la salud, en la que el investigador mantiene cualquier información que pueda identificar al paciente de manera segura y confidencial. Intermountain revisa cada solicitud de investigación para asegurarse de que su privacidad esté protegida adecuadamente antes de compartir cualquier información de salud.
- Para el cumplimiento de la ley, pero sólo según lo autorice la ley; es decir, para investigar un crimen contra Select Health o cualquiera de sus miembros.

Usos requeridos de la información de salud

La ley algunas veces nos exige que compartamos información para propósitos específicos, incluyendo los que se detallan a continuación:

- Para que el Departamento de Salud informe de enfermedades contagiosas, lesiones traumáticas o defectos de nacimiento, o estadísticas vitales, como el nacimiento de un bebé.
- Para un director de funeraria o una agencia de donación de órganos cuando muere un paciente o; cuando procede, para que un médico forense investigue una muerte sospechosa.
- Para que las autoridades estatales denuncien el abuso infantil o de personas mayores.
- Para el cumplimiento de la ley.
- Para una institución correccional, si un miembro es un preso, para garantizar la seguridad de la institución correccional.
- Para que el Servicio Secreto o la Agencia de Seguridad Nacional (NSA) brinden protección; por ejemplo, al país o al Presidente.
- Para un fabricante de dispositivos médicos, según lo exige la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), para supervisar la seguridad de un dispositivo médico.
- Para los funcionarios de los tribunales, según lo exige la ley, en respuesta a una orden del tribunal o una citación válida.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para que las autoridades gubernamentales prevengan graves amenazas a la seguridad o salud pública.
- Para que las agencias gubernamentales y otras partes afectadas denuncien una violación a la privacidad de la información de salud.
- Para un programa de compensación al trabajador si una persona se lesiona en el trabajo y reclama los beneficios bajo ese programa.

Usos de acuerdo con sus solicitudes

Sus preferencias importan. Si nos indica cómo desea que divulguemos su información en la situación siguiente, seguiremos sus instrucciones. Usted decide si quiere que compartamos alguna información de salud o de pago relacionado con su atención con los miembros de su familia o amigos. Indíquenos lo que usted quiere que compartamos. Si no nos puede indicar qué información de salud o de pago quiere que compartamos, podemos utilizar nuestro criterio profesional para decidir qué compartir con su familia o amigos para que puedan ayudarle.

Usos con su autorización

Compartir su información de salud, de manera diferente a la que se explicó anteriormente, necesita su autorización por escrito. Por ejemplo, no utilizaremos su información de salud a menos que usted nos lo autorice por escrito para:

- Compartir algo de su información de salud con compañías de mercadeo.
- Vender alguna parte de su información de salud.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento acerca de compartir su información de salud. Únicamente notifíquenos por escrito. Comprenda que es posible que no recuperemos la información de salud que se compartió antes de que usted cambiara de opinión.

Protecciones legales especiales para cierta información de salud

Select Health cumple con las leyes federales que exigen la protección adicional para su información de salud si recibe tratamiento en un programa para el tratamiento de la adicción o de un psicoterapeuta que lleva notas de su terapia y las guarda fuera de nuestro historial médico regular.

A Select Health se le prohíbe usar o divulgar información genética para propósitos de suscripción.

Si aún tiene preguntas

Nuestro Coordinador de privacidad lo puede ayudar con cualquier pregunta que pueda tener acerca de la privacidad de su información de salud. Él también puede abordar cualquier inquietud de privacidad que pueda tener sobre su información de salud y le puede ayudar a completar algún formulario que sea necesario para ejercer sus derechos de privacidad.

Este aviso de privacidad entró en vigor el 26 de mayo de 2015. Podemos cambiar este aviso de privacidad en cualquier momento y podemos utilizar nuevas maneras para proteger su información de salud. Siempre publicamos nuestro aviso de privacidad actual en nuestro sitio web en selecthealth.org.

Puede solicitar una copia de este aviso al visitar nuestro sitio web o al llamar a la Oficina de Privacidad al **801-442-7253** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Este aviso de prácticas de privacidad describe las prácticas de Select Health y de nuestros empleados y voluntarios. (Para obtener más información acerca de las prácticas de privacidad específicas de Intermountain Healthcare y sus empleados o voluntarios que trabajan en sus hospitales, clínicas, consultorios médicos o departamentos de servicio, comuníquese directamente con ellos visitando intermountainhealthcare.org o llamando a la Oficina de privacidad de Intermountain al **800-442-4845** [Los usuarios de TTY deben llamar al **711**]).

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

Como miembro de Select Health Medicare Classic, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan.
- **Información sobre las farmacias y proveedores de nuestra red** Tiene derecho a obtener información de nosotros acerca de las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y de la manera en que pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando utilice su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4, se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones acerca de su atención

Tiene derecho a saber sus opciones de tratamiento y participar en decisiones acerca de su atención médica.

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

También tiene derecho a participar completamente en decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Estar enterado de todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición médica, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye el que se le informe de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y utilizarlos con seguridad.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe de los riesgos que puedan incluirse en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rehusar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir que “no”.** Tiene derecho a rehusar cualquier tratamiento que se le recomiende. Esto incluye el derecho de irse de un hospital u otro tipo de clínica, aún si su médico aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones acerca de lo que debe hacerse si no puede tomar sus propias decisiones médicas

A veces las personas pierden la habilidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que ocurra si está en esta situación. Esto quiere decir que, *si quiere*, usted puede:

- Rellenar un formulario escrito para **darle a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas de su parte** si usted llega a perder la habilidad de tomar sus propias decisiones.
- **Darles instrucciones escritas a sus médicos** acerca de la manera en que quiere que administren su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Hay distintos tipos de directivas anticipadas y tienen nombres distintos. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si quiere utilizar una **directiva anticipada** para dar sus instrucciones, esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. A veces,

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información acerca de Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.

- **Rellénelo y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de hacer que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe darle una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su casa.

Si sabe de antemano que lo van a hospitalizar y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo ha traído.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar una.

Recuerde, usted es el que decide si quiere rellenar una directiva anticipada (incluyendo si quiere firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie le puede negar la atención ni discriminar contra usted basándose en si ha firmado una directiva anticipada o no.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones indicadas, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado o ante el Departamento de Licencias Públicas.

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

Si tiene algún problema, duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se indica lo que puede hacer. Sin importar lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **se nos requiere que lo tratemos de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que se le está tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?**Si tiene que ver con la discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, u origen nacional, debe

llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Tiene que ver con alguna otra cosa?

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos y *no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico** (SHIP, por sus siglas en inglés). Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información acerca de sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico** (SHIP, por sus siglas en inglés). Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o bajar la publicación llamada, *Sus derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para informarse de lo que está cubierto para usted y de las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar los detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar los detalles acerca de su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

- **Si tiene algún otro tipo de cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos.** En el capítulo 1, se informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro siempre que reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo dándoles información, haciendo preguntas, y dando seguimiento a su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de servicios médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos estén enterados de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos para los que no se necesita receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Tenga consideración.** Requerimos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe pagar una prima para la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
 - Si se le requiere que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta.
 - Si se le requiere que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitaremos saberlo** para que podamos mantener su registro de miembro al día y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo diga al Seguro Social (o la Junta de Retiro Ferroviaria).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**, también llamadas reclamos.

Los dos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada uno de los procesos tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto para usar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. La mayoría de las personas no conoce estos términos y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos jurídicos. Por ejemplo, por lo general, este capítulo dice presentar una queja en vez de tramitar una reclamación, decisión de cobertura en vez de determinación de organización o determinación de cobertura o determinación en riesgo y organización de revisión independiente en vez de Entidad de revisión independiente.
- También utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse más claramente para obtener la ayuda o la información apropiadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para abordar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que quiera también ayuda o consejos de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe utilizar para abordar un problema que tenga. También pueden contestar sus preguntas, darle mayor información y ofrecer consejos acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y la dirección del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Para ponerse en contacto con Medicare:

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

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación lo ayudará.

¿Es su problema o inquietud acerca de sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas acerca de si cierto tipo de atención médica (artículos, servicios médicos y/o medicamentos con receta) están cubiertos o no, la manera en que se cubren y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos con receta.

Sí.

Pase a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Pase a la **Sección 10** que está al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: perspectiva general

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos y medicamentos con receta, incluido el pago. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y de apelación para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Cómo pedir decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le refiere a un especialista médico que no pertenece a la red, este referido se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la Evidencia de cobertura deje claro que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna condición médica. Usted o su médico pueden también ponerse en contacto con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si vamos a cubrir un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si vamos a cubrir una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En determinadas circunstancias, rechazaremos una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en las que se rechazarán las solicitudes son si la solicitud está incompleta, si alguien que hace la solicitud en su nombre no está legalmente autorizado para hacerlo o si pide que se rechace su solicitud. Si rechazamos la solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación que explicará los motivos y cómo pedir una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que una atención médica no está cubierta o ha dejado de estar cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una **apelación rápida** o

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

acelerada de una decisión de cobertura. Se ocupan de su apelación revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura tomada para verificar si seguimos todas las reglas de manera adecuada. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En determinadas circunstancias, rechazaremos una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en las que se rechazarán las solicitudes son si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos la solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación que explicará los motivos y cómo pedir una revisión del rechazo.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, realizado por una organización de revisión independiente ajena a nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos de manera automática su apelación por atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Vea la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información acerca de las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales (En la Sección 8 de este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son algunos recursos que puede utilizar si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico.

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

- **Su médico puede hacer una solicitud de su parte.** Si su médico le ayuda en una apelación superior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare).
 - Para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si rechazan su apelación en el Nivel 1, se pasará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si rechazan su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si quiere, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare). El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en el plazo de 44 días calendarios posteriores a recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión acerca de su apelación), se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que le explica su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de una asociación local de abogados u otro servicio de referidos. También hay grupos que le darán servicios legales gratuitamente, si es elegible. Sin embargo, **no es necesario que contrate un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Hay cuatro tipos distintos de situaciones que tienen que ver con decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene reglas y plazos distintos, proporcionamos los detalles de cada una de ellas en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada para pacientes internados si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos determinados servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*Aplica a estos servicios solamente: atención médica a domicilio, atención en centro especializado de enfermería y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria [CORF, por sus siglas en inglés]*)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección es sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas para una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para medicamentos con receta de la Parte B difieren de las reglas para artículos y servicios médicos.

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

1. No se le está dando cierta atención médica que quiere y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

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

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico le quiere dar, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero hemos dicho que no vamos a pagar esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que el plan debería cubrir y quiere que nuestro plan le reembolse lo que pagó por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro especializado de enfermería o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura tiene que ver con su atención médica, se llama una **determinación de organización**.

Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación acelerada**.

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

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida suele tomarse en 72 horas, para los servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para recibir una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- *Sólo* puede solicitar la cobertura de artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *sólo* si el uso de los plazos estándar *podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, accederemos automáticamente a darle una decisión de cobertura rápida.**

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

- **Si es usted el que pide una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico pide una decisión de cobertura rápida, otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión de cobertura rápida que ha solicitado

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

- Lo primero es llamar, escribir o enviar un mensaje por fax a nuestro plan para hacer su solicitud de que autoricemos o proveamos cobertura para la atención médica que quiere. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto quiere decir que le daremos una respuesta en 14 días calendario después de recibir su solicitud de **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que le pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso de presentar una queja es distinto del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un marco de tiempo acelerado

Una decisión de cobertura rápida quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es

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

para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que le pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué le dijimos que no.

Paso 4: Si decimos que no a su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

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

Una apelación rápida se llama también una **reconsideración acelerada**.

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

Una apelación estándar por lo habitual se toma en 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se hace generalmente en 72 horas.

- Si va a apelar una decisión que hemos tomado acerca de la cobertura de una atención que no ha recibido todavía, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que por su salud se requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los de obtener una decisión de cobertura rápida” en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si está solicitando una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.

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

- **Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** posteriores a la fecha del aviso que le enviamos por escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Le podemos dar más tiempo para hacer una apelación. Los ejemplos de buenas razones pueden incluir si ha tenido una enfermedad grave que evitó que se pusiera en contacto con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos si habíamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes de eso si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que le pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes (o al final del período de tiempo extendido si tardamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte de o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.

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

- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en 30 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes de eso si su condición médica así lo requiere.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que le pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas siguientes. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la prórroga), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o a parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario siguientes si su solicitud es para un producto o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** siguientes si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a toda su apelación**, enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se lleva a cabo una apelación de Nivel 2**Términos legales**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la **Entidad de revisión independiente**. Algunas veces se le llama **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se llama su **archivo de su caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**.
- Tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para apoyar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tenía una apelación rápida en el Nivel 1, tendrá también una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en 72 horas** de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para una solicitud de un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si tenía una apelación estándar en el Nivel 1, tendrá también una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta en cuanto a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de 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** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para una solicitud de un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo 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 le explicará las razones.

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

- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a toda su solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas siguientes o proveer el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar. Para las solicitudes rápidas, tenemos 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión dice que sí a una parte o a toda su solicitud de un medicamento con receta de la Parte B**, debemos autorizar o proveer el medicamento con receta de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes rápidas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación**, quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama **mantener la decisión** o **denegar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión
 - Notificándole el derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza una cantidad mínima determinada. El aviso que reciba por escrito de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Indicándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso satisface los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?
--

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales puede que necesite pedir un reembolso o que se pague una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos los papeles que nos piden el pago.

Pedirnos reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

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

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, revisaremos si la atención médica por la que ha pagado es un servicio cubierto. También revisaremos si ha seguido todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si decimos sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o si no ha seguido todas las reglas, no enviaremos el pago. En vez de ello, le enviaremos a usted una carta que diga que no vamos a pagar la atención médica e indique las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar lo solicitado, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, quiere decir que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir su solicitud. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es que sí en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos dinero por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada médicamente. (Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas médicamente). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata de sus medicamentos de la Parte D solamente.** Para simplificar las cosas, generalmente, decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en vez de repetir *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* cada vez. También utilizamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos*.

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

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse de la manera que se ha redactado, recibirá un aviso por escrito explicando cómo ponerse en contacto con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se llama una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que otorguemos una exención a una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como límites de la cantidad de medicamento que puede obtener) **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que paguemos una cantidad de costo compartido más baja por un medicamento en un nivel de costos compartidos superior. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicite que le devolvamos el dinero. Sección 6.4**

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

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

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se llama a veces pedir una **excepción a la Lista de medicamentos recetados disponibles**.

Pedir que se quite una restricción de cobertura para un medicamento se llama a veces pedir una **excepción a la Lista de medicamentos recetados disponibles**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama a veces pedir una **excepción al nivel de cobertura**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que desea que se cubra, nos puede pedir que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se le apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en la "Lista de medicamentos"**. Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos", deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplica al Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos). No puede pedir una excepción a la cantidad de costos compartidos que le requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Quitar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra "Lista de medicamentos". Si accedemos a hacer una excepción y le otorgamos la exención de una restricción, puede pedir una excepción a la cantidad del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido**. Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos están en uno de 5 Niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo es el número de nivel de costos compartidos, menor es la parte que paga usted por el costo del medicamento.
 - Si nuestra "Lista de medicamentos" contiene uno o más medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, nos puede solicitar cubrir su medicamento por el monto de costo compartido que aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos con un monto compartido menor. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición médica.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de costos compartidos que se aplica al

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

nivel más bajo que contenga alternativas de medicamentos de marca para tratar su condición médica.

- Si un medicamento que está tomando es genérico, nos puede solicitar que cubramos su medicamento por el monto de costo compartido que aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de medicamentos de marca o alternativas genéricas para tratar su condición médica.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos para ninguno de los medicamentos del nivel de costos compartidos 5 (medicamentos de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general usted pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Cosas importantes que saber acerca de pedir excepciones**Su médico debe darnos las razones médicas**

Su médico u otro profesional que receta debe darnos una declaración que explique las razones médicas de solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando pida la excepción.

Generalmente, nuestra “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una condición médica en particular. Estas distintas posibilidades se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo sería igualmente efectivo que el medicamento que está solicitando y no ocasionaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en un nivel de costos compartidos más bajo no funcionen bien para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación, por lo general, es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición médica.
- Si decimos que no a su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción**Términos legales**

Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación de cobertura acelerada**.

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión de cobertura rápida. Para recibir una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya ha comprado).
- Utilizar las fechas límite estándar podría causarle daños graves a su salud o dañar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informa que debido a su salud se requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si es usted el que pide una decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico u otro profesional que receta, decidiremos si debido a su salud se requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro profesional que receta pide una decisión de cobertura rápida, otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Explica cómo puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión de cobertura rápida que ha solicitado. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas después de recibirla.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Lo primero es llamar, escribir o enviar un mensaje por fax a nuestro plan para hacer su solicitud de que autoricemos o proveamos cobertura para la atención médica que quiere. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario ejemplo de solicitud de determinación de cobertura de CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene información de

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

contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) pueden hacer esto. También puede hacer que un abogado actúe de su parte. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro profesional que receta nos lo puede decir por teléfono y después enviarnos por fax o por correo una declaración escrita, si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** siguientes a recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas siguientes a recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes de eso si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte o a todo lo que ha solicitado**, debemos proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 24 horas siguientes a recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar acerca de un medicamento que no ha recibido todavía.

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes de eso si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

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

- Si nuestra respuesta es que sí a una parte o a todo lo que ha solicitado, debemos proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- Si nuestra respuesta es no a todo o a parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado.

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario siguientes a recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es no a todo o a parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si decimos que no a su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se llama también una **redeterminación acelerada**.

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

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 7 días. Una apelación rápida se hace generalmente en 72 horas. Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida

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

- Si va a apelar una decisión que hemos tomado acerca de un medicamento que no ha recibido todavía, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los de obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una **apelación rápida**.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 844-208-9012** (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada con el *Formulario de ejemplo de solicitud de determinación de cobertura de CMS* que puede encontrarse en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Puede enviar una apelación en forma electrónica**, a través de selecthealth.org/medicare, haga clic en “Member Care” (Atención para Miembros) y “Appeals and Grievances” (Apelaciones y Quejas).
- **Debe hacer su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** posteriores a la fecha del aviso que le enviamos por escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Le podemos dar más tiempo para hacer una apelación. Los ejemplos de buenas razones pueden incluir si ha tenido una enfermedad grave que evitó que se pusiera en contacto con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos otra vez cuidadosamente toda la información de su solicitud de cobertura. Comprobamos si habíamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes de eso si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes, se nos requiere que enviemos su solicitud automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte o a todo lo que ha solicitado**, debemos proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar acerca de un medicamento que no ha recibido todavía.

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** posteriores a recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes de eso si no ha recibido el medicamento todavía y su condición médica así lo requiere.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario siguientes, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte o a todo lo que ha solicitado**, debemos proveer la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los **7 días calendario** siguientes a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** siguientes a recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

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

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, quiere decir que su apelación va a pasar al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Términos legales**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la **Entidad de revisión independiente**. Algunas veces se le llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro profesional que receta) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, el aviso que le enviamos por escrito incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **en riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se llama su **archivo de su caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para apoyar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente examina su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pídale una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización accede a darle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes a recibir su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a recibir su apelación, si es por un medicamento que no ha recibido. Si está solicitando que le devolvamos dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión le debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a todo lo que ha solicitado**, debemos **proveer la cobertura del medicamento** que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a todo lo que ha solicitado**, debemos **proveer la cobertura del medicamento** que aprobó la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a toda su solicitud de devolverle dinero** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización dice que no **a una parte o a toda** su apelación, quiere decir que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o una parte de su solicitud). (Esto se

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

llama **mantener la decisión**. También se llama **denegar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole el derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares del medicamento cubierto alcanza una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso satisface los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo puede encontrar más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada para pacientes internados si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que dejará el hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que se va del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que se le está pidiendo que se vaya del hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital para pacientes internados, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo entiende. Le indica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo haya ordenado su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información acerca de sus derechos. Este aviso no le brinda su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Tenga a mano su copia del aviso para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si quiere pedir que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de empezar, debe entender lo que necesita hacer y saber las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos, una organización gubernamental que provee ayuda especializada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examina su apelación. Comprueba si la fecha en que se piensa darlo de alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el Gobierno Federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. No se demore.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*) se indica cómo ponerse en contacto con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

No se demore:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **antes de la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple esta fecha límite**, se le permite que se quede en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple esta fecha límite** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.

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

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes de las 12 horas del día siguiente a que se nos comunique, le entregaremos un **Aviso Detallado del Alta**. En este aviso se indica la fecha de alta prevista y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso Detallado del Alta** llamando a Servicios para Miembros o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de sus servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y examinarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará la fecha de alta prevista. En este aviso se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es que sí?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué ocurre si la respuesta es que no?

- Si la organización de revisión dice que *no*, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *siguiente* a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *deniega* su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces es posible **que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después que la Organización para Mejora de la Calidad le responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es que no, usted decide si quiere hacer otra apelación.

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad ha dicho que *no* a su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede que tenga que pagar el costo completo de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad otra vez y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se queda en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de Calidad examinarán cuidadosamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria mientras sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y puede que apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Quiere decir que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Esto se llama mantener la decisión.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es que no, necesitará decidir si quiere continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo puede encontrar más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital?

Términos legales

Una revisión rápida (o apelación rápida) se llama también una apelación acelerada .
--

Puede recurrir a nosotros en su lugar

Como se ha explicado anteriormente, debe actuar con rapidez para iniciar la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si se le pasa la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

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

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y pida una revisión rápida.**

- **Pida una revisión rápida.** Esto quiere decir que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos rápidos en vez de los plazos estándar. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha de alta prevista, comprobando si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información referente a su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada fue médicamente adecuada. Vemos si la decisión sobre cuándo debe salir del hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de revisión rápida.

- **Si decimos que sí a su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que debe seguir en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios. También quiere decir que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación,** estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darle de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día que habíamos dicho que acabaría la cobertura.
 - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha en que se había programado darle de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha en que se había programado darle de alta.

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

Paso 4: Si decimos que *no* a su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso para presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es la Entidad de revisión independiente . Algunas veces se le llama IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Se nos requiere que enviemos la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en las 24 horas siguientes a decirle que estamos denegando su primera apelación. (Si cree que se nos ha pasado esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le dice cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación de su alta de hospital.
- **Si esta organización dice que *sí* a su apelación,** entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo en que su fecha planificada de alta hospitalaria era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o continúa con la apelación de Nivel 3.
- En la Sección 9 de este capítulo puede encontrar más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que nuestra cobertura va a acabar demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata de tres servicios solamente:*
Servicios de atención médica en el hogar, de atención en un centro especializado de enfermería y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que ha llegado el momento de terminar la cobertura de alguno de estos tres tipos de atención recibida por usted, se nos requiere que se lo comuniquemos por adelantado. Cuando acabe su cobertura de esta atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que vamos a terminar la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Sección 8.2 Le diremos por adelantado cuándo va a acabar su cobertura

Términos legales

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida.** Solicitar una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dar por terminada su atención.

1. Recibirá un aviso por escrito al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indica:

- La fecha en que vamos a dejar de cubrirle la atención.

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

- Cómo solicitar una apelación de vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **La firma no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para hacer que su plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período de tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de empezar, debe entender lo que necesita hacer y saber las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos, una organización gubernamental que provee ayuda especializada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examina su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el Gobierno Federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. No se demore.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso que recibió por escrito (*Aviso de No Cobertura de Medicare*) le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

No se demore:

- Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia del *Aviso de no cobertura de Medicare*.**

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

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Para ver los detalles acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos legales

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de sus servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión examinará también su información médica, hablará con su médico y examinará información que nuestro plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, usted recibirá de nosotros la **Explicación Detallada de No Cobertura** que expone detalladamente nuestros motivos para poner fin a la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué ocurre si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no*, entonces **su cobertura acabará en la fecha que le hemos dicho.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro especializado de enfermería o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es que no, usted decide si quiere hacer otra apelación.

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de que termine su cobertura para la atención, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para hacer que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión acerca de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede que tenga que pagar el costo total de la atención médica en el hogar, la atención en un centro especializado de enfermería o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que hayamos dicho que iba a terminar su cobertura.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad otra vez y solicite otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días** siguientes al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *denegó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solamente si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de Calidad examinarán cuidadosamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión respecto a su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir ofreciéndole la cobertura** de la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y puede que haya limitaciones de cobertura que apliquen.

¿Qué ocurre si la organización de revisión dice que no?

- Quiere decir que están de acuerdo con la decisión acerca de su apelación de Nivel 1.

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

- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo proceder al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un Juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es que no, necesitará decidir si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo puede encontrar más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<h3>Sección 8.5 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?</h3>
--

Puede recurrir a nosotros en su lugar

Como se ha explicado anteriormente, debe actuar sin demora para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para empezar su primera apelación (en uno o dos días como máximo). Si se le pasa la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Términos legales
Una revisión rápida (o apelación rápida) se llama también una apelación acelerada.

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y pida una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto quiere decir que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos rápidos en vez de los plazos estándar. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Llevamos a cabo una revisión rápida de la decisión que tomamos acerca de cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información referente a su caso. Comprobamos si habíamos seguido todas las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de revisión rápida.

- **Si decimos que sí a su apelación**, quiere decir que estamos de acuerdo con usted con que necesita servicios durante más tiempo, y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También quiere decir que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación**, entonces su cobertura acabará en la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continúa recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro especializado de enfermería o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es la Entidad de revisión independiente . Algunas veces se le llama IRE .

Paso a paso: Proceso de una Apelación alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su apelación rápida. Esta organización decide si la decisión debería cambiarse. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Se nos requiere que enviemos la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en las 24 horas siguientes a decirle que estamos denegando su primera apelación. (Si cree que se nos ha pasado esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le dice cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice que sí a su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestro costo compartido de la atención que recibió desde la fecha que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos continuar la cobertura de la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaríamos o cuánto tiempo seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que estamos de acuerdo con la decisión de nuestro plan acerca de su primera apelación y no la cambiaremos.
 - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si quiere llevar la apelación a otro nivel.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación la revisa un juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo puede encontrar más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y después

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos
--

Puede que esta sección sea apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones se han rechazado.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. Aquí le decimos quién se encarga de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3 Un Juez Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o abogado mediador dice que sí a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión acerca de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, será una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Juez administrativo o el Abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si el Juez administrativo o Abogado mediador dice que no a su apelación, es posible que el proceso de apelación haya o no terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones ha acabado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.

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

- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta o no su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte del Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D

Puede que esta sección sea apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones se han rechazado.

Si el valor del medicamento que ha apelado alcanza una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. Aquí le decimos quién se encarga de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un **Juez Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno Federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es que sí, el proceso de apelaciones ha terminado. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Juez Administrativo o abogado mediador **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer un pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si respondemos que no, es posible que el proceso de apelaciones termine o quizás no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno Federal.

- Si la respuesta es que sí, el proceso de apelaciones ha terminado. Debemos autorizar o proveer la cobertura del medicamento que aprobó el Consejo dentro de las 72 horas siguientes (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o hacer el pago, a más tardar, 30 días calendario después de recibir la decisión.
- Si respondemos que no, es posible que el proceso de apelaciones *termine o quizás no*.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién debe ponerse en contacto y qué hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la Corte del Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si se acepta o no* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte del Distrito Federal.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿De qué tipos de problemas se encarga el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas de los que se encarga el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respetar su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Cree que se le está animando a irse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está experimentando dificultades para que se le dé una cita, o esperando demasiado tiempo para que se la den? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales médicos? ¿O nuestro Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o cuando va a que se le dé una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o la condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Prontitud (Estos tipos de quejas tienen que ver con la prontitud de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si nos ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja acerca de nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos ha pedido que le demos una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y hemos dicho que no lo haremos; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no hemos cumplido los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** se llama también un **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se llama **presentar un reclamo**.
- **Utilizar el proceso de quejas** también se llama **utilizar el proceso de presentar un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se llama **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros rápidamente, por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o ha llamado y no está satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Proceso para presentar una queja

- **Usted o su representante pueden presentar sus inquietudes por escrito, por teléfono, en persona o en línea en selecthealth.org/medicare.** Por favor siga el proceso de quejas que se describe a continuación:
 - Al presentar una queja, por favor proporcione la siguiente información:

Su nombre, domicilio, número de teléfono y número de identificación del miembro, su firma y o la firma del representante legalmente autorizado y la fecha de la firma, un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros y una descripción de la acción que está solicitando. Si usted o su representante autorizado requiere asistencia en la preparación y presentación de su queja, comuníquese con nuestro Departamento de Quejas y Apelaciones al número que se indica en el capítulo 2 de este manual.
 - Puede solicitar una queja acelerada (rápida) si:
 - No está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo para hacer una determinación o reconsideración inicial de organización/cobertura (estándar).
 - Rechazamos su solicitud de organización/determinación de cobertura o reconsideraciones/redeterminaciones de 72 horas/rápida (acelerada).
 - Denegamos su solicitud para una apelación (acelerada) de 72 horas/rápida.

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

- Si envía por correo la solicitud de una queja acelerada, le proporcionaremos un acuse de recibo verbal al recibirla. Vamos a hacer una determinación dentro de las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema que quiere reclamar.

Paso 2: Examinamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos inmediatamente.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario siguientes.** Si necesitamos más información y el retraso es lo que más le conviene o si pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días de calendario más (un total de 44 días de calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si va a presentar una queja porque le hemos rechazado su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, quiere decir que le daremos una **respuesta en 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja o no nos hacemos responsables del problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas acerca de la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es de la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el Gobierno Federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les da a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 10.5 También puede comunicarle su queja a Medicare**

Puede presentar una reclamación sobre Select Health Medicare Classic directamente a Medicare.

Para enviarle una queja a Medicare, vaya a

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Terminación de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de la afiliación a nuestro plan

La terminación de su membresía en Select Health Medicare Classic puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (si no es su propia elección):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. En las secciones 2 y 3 se proporciona información sobre la terminación voluntaria de la membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a poner fin a su membresía. La Sección 5 le habla de situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si abandona nuestro plan, éste debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual
--

Puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también llamado el **Período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Escoja si quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año próximo.** Si decide cambiarse a otro plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe después en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía acabará en nuestro plan** cuando empiece la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.2 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Terminar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía terminará** en el primer día del mes después de inscribirse en un plan diferente de Medicare Advantage o cuando recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si decide también inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos empezará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de inscripción especial
--

En ciertas situaciones, los miembros de Select Health Medicare Classic pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros períodos de tiempo durante el año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. 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):

- Generalmente, cuando usted se ha mudado.
- Si usted tiene Medicaid.
- Si usted es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus recetas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.

- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar para ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Nota: Si usted se encuentra en un programa de control de medicamentos, es posible que no se pueda cambiar de planes. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede decidir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
- - *u* - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe después en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no aceptar la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede terminar su membresía?
--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, usted puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual de *Medicare y Usted 2024*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Qué tiene que hacer para terminar su membresía en nuestro plan?

La tabla que aparece a continuación explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a: Esto es lo que debe hacer:	
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Automáticamente se cancelará su inscripción a Select Health Medicare Classic cuando comience la cobertura en su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Automáticamente se cancelará su inscripción a Select Health Medicare Classic cuando comience la cobertura en su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.	<ul style="list-style-type: none">Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.También puede ponerse en contacto con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se le cancele la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Se le cancelará la inscripción en Select Health Medicare Classic cuando empiece su cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que acabe su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Seguir utilizando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- Seguir utilizando las farmacias de nuestra red o el servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas.**

- Si está hospitalizado el día que acabe su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que se le dé de alta (incluso si se le da de alta después de que haya comenzado su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Select Health Medicare Classic debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?
--

Select Health Medicare Classic debe terminar su membresía en el plan si se da alguna de las circunstancias siguientes:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se traslada de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje prolongado, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se va a mudar o al que va a viajar está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano estadounidense ni tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga que provea cobertura de medicamentos con receta.
- Si nos da información incorrecta intencionalmente cuando se está inscribiendo en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se vaya de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera disruptiva y hace que sea difícil que proveamos atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se vaya de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacer que se vaya de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si no paga la multa por inscripción tardía durante dos meses.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene dos meses para pagar la sanción por inscripción tardía antes de que terminemos su membresía.

- Si se le requiere que pague la cantidad de la Parte D extra debido a sus ingresos y usted no la paga, Medicare le cancelará la inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información acerca de cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 <u>No</u> podemos pedirle que se vaya de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud
--

Select Health Medicare Classic no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con la salud.

¿Qué debo hacer si ocurre esto?

Si cree que se le está pidiendo que se vaya de nuestro plan debido a una razón relacionada con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan
--

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos darle nuestras razones por las que hemos terminado su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja acerca de nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII del Proyecto de Ley del Seguro Social y las normativas creadas bajo el Proyecto de Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, puede que apliquen otras leyes Federales y, bajo ciertas circunstancias, puede que apliquen las leyes del estado en que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación

No discriminamos en función de la raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen Planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes Federales en contra de la discriminación, incluyendo el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, el Acta de Rehabilitación de 1973, el Acta de Discriminación de Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible y todas las otras leyes que aplican a organizaciones que reciben fondos Federales, y cualquier otra ley y norma que aplique por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes acerca de la discriminación o el tratamiento injusto, llame a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso acerca de los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios de Medicare cubiertos para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las normativas de los CMS en el título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, Select Health Medicare Classic, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario bajo las normativas 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 prevalecen sobre las leyes Estatales.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Imágenes Avanzadas: Tomografía Computarizada (CT/CAT), Angiografía por Resonancia Magnética (MRA, por sus siglas en inglés), Imágenes por Resonancia Magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y Tomografía por Emisión de Positrones (PET, por sus siglas en inglés).

Cantidad autorizada: la cantidad que se pagan proveedores para servicios cubiertos. La cantidad autorizada es la cantidad que un proveedor de la red ha accedido a aceptar como pago completo por los servicios prestados y es generalmente menos que los cargos facturados del proveedor. Para los proveedores de fuera de la red, la cantidad autorizada es la cantidad que Original Medicare pagaría por los servicios brindados.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Período de inscripción anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es algo que hace usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos con receta o de pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de detener servicios que esté recibiendo.

Facturación de saldo: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le envía una factura a una paciente que excede la cantidad de costos compartidos permitida en el plan. Como miembro de Select Health Medicare Classic, solamente tiene que pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que su plan dice que debe pagar.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Período de beneficios: la manera en que Medicare Original mide su uso de servicios de hospital y de Centros especializados de enfermería (SNF). El período de beneficios empieza el día que entra en un hospital o centro especializado de enfermería. El período de beneficios acaba cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si entra a un hospital o centro especializado de enfermería después de que ha terminado un período de beneficios, empieza otro período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios. Select Health Medicare

Classic no utiliza períodos de beneficio para hospitalizaciones, pero sí los utiliza para los servicios de SNF.

Medicamento de marca: un medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló el medicamento originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y los venden otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta después de que se haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del Beneficio de medicamentos de la Parte D donde paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Planes por necesidades especiales para afecciones crónicas: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que padecen una o más condiciones médicas graves o incapacitantes, según se definen en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las agrupaciones de condiciones médicas múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: una cantidad que puede que se le requiera que pague, expresada en porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles.

Queja: el nombre formal para hacer una queja es **presentar un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que reciba. También incluye las quejas si su plan no respeta los períodos del proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología de habla y lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente del hogar.

Copago: una cantidad que puede requerirse que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, visita ambulatoria al hospital o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en vez de un porcentaje.

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren a las cantidades que tiene que pagar un miembro cuando se reciben servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) monto de cualquier deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de “coseguro” fijo que un plan requiera cuando

se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan requiera cuando se reciba un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos están en uno de 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto es el nivel de costos compartidos, mayor es su costo del medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión acerca de si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si alguna, que usted deberá pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, esto no es una determinación de la cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) del que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se hacen elegibles para Medicare, pueden, generalmente, quedarse con esa cobertura sin pagar una multa si deciden registrarse en cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado supervisado: el cuidado supervisado es cuidado personal provisto en un hogar para ancianos, un centro de atención para pacientes terminales u otro entorno clínico cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado supervisado, provisto por personas que no tienen destrezas ni capacitación profesional, incluye ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse en o levantarse de una cama, sentarse en o levantarse de una silla, moverse y usar el cuarto de baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado supervisado.

Precio de costos compartidos diario: puede aplicar un precio de costos compartidos diario cuando su médico receta menos de un suministro completo para un mes para usted y se le requiere que haga un copago. Un precio de costos compartidos diario es el copago dividido por el número de días que hay en el suministro de un mes. Aquí hay un ejemplo: Si su copago para el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su precio de costos compartidos diario es de \$1 por día.

Deducible: la cantidad que debe pagar por su atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Cancelar inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de terminar su membresía en nuestro plan.

Cuota de dispensación: cuota que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Planes de Necesidades Especiales de Elegibilidad Dual (D-SNP): los D-SNP inscriben a individuos que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo Médico Duradero: ciertos tipos de equipo médico que encarga su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión I.V., dispositivos generadores de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona no profesional con conocimientos promedios de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren inmediata atención médica para evitar perder la vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), perder extremidades, o perder la función de una extremidad, o perder o sufrir una incapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor serio o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Atención de Emergencia: servicios cubiertos que: 1) ofrece un proveedor calificado para cubrir servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura adicional seleccionada, explica su cobertura, lo que debe hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles (una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosificación del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles).

“Ayuda adicional”: un programa de Medicare o estatal para ayudar a las personas que tienen ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) porque tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Reclamo: un tipo de queja que hace acerca de nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja que tenga que ver con la calidad de su atención. Esto no incluye disputas de cobertura o de pago.

Asistente para la atención médica en el hogar: una persona que proporciona servicios que no requieren la experiencia de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de atención para pacientes terminales: es un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos darle una lista de centros de atención para pacientes terminales en su área geográfica. Si elige un centro de atención para pacientes terminales y sigue pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una estadía en el hospital cuando se le ha ingresado formalmente al hospital por servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo reportado en su declaración de impuestos del IRS de 2 años atrás están por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar además de la cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, lo que también se conoce como IRMAA. IRMAA es un cargo extra agregado a su prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectados, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura bajo la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año hayan alcanzado \$5,030.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple los 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en que cumple los 65 años, incluye el mes en que cumple los 65 años y acaba 3 meses después del mes en que cumple los 65 años.

Multa por inscripción tardía: una cantidad añadida a su prima mensual de cobertura de medicamentos de Medicare si pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable (cobertura de la que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Usted paga esta cantidad más alta

mientras tenga un plan de medicamentos con receta de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus costos de plan de medicamentos con receta, no pagará una sanción por inscripción tardía.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos recetados disponibles o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Gastos de bolsillo máximos: es la cantidad máxima que paga de su bolsillo durante el año de calendario por servicios cubiertos de la red de Parte A y Parte B. Las cantidades que paga por su prima del plan, sus primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos con receta no cuentan para los gastos máximos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto Federal y estatal que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación aceptada medicamento: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por ciertos libros de referencia.

Medicamento necesario: servicios, insumos o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y reúnen los estándares aceptados de práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para las personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (generalmente los que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar la inscripción de su plan y cambiar a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces se le llama Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un Plan de Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) PPO, un iii) Plan Privado de Tarifa por Servicio (PFFS), o un iv) plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta.**

Programa de Descuento por Intervalo en la Cobertura de Medicare: un programa que provee descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa de Intervalo en la Cobertura y ya no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como para la visión, el cuidado dental o la audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveer beneficios de Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes de Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Pilotos, y los Programas de Atención Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos insumos no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza de Medigap (Seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *faltas* de cobertura de Original Medicare. Las pólizas de Medigap sólo se pueden utilizar con Medicare Original. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción han confirmado los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para miembros: un departamento dentro de nuestro plan que tiene la responsabilidad de contestar sus preguntas acerca de su membresía, sus beneficios, sus quejas y sus apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia contratada por nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otras clínicas de atención médica que están certificados por Medicare y por el Estado para que provean servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman **proveedores del plan**.

Medicina nuclear: la medicina nuclear es una especialidad médica que involucra la aplicación de sustancias radioactivas en el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad.

Determinación de organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si ciertos artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de Tarifa por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare, y no un plan de salud privado como los Planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, los hospitales, y otros proveedores de atención médica cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede ir a cualquier médico, hospital, u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) y puede obtenerse en todos los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos que se ha dado. El requisito de costos compartidos de un miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos se llama también el requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Parte C: consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden cubrirse bajo la Parte D. Puede que ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D y puede que no. El Congreso ha excluido algunas categorías de medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: una cantidad que se añade a su prima mensual para cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días seguidos o más después de que es elegible por primera vez para unirse a un Plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han accedido a tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, tanto si se reciben de

proveedores de la red como si se reciben de proveedores de fuera de la red. El costo compartido del miembro normalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus gastos de bolsillo para servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en sus gastos de bolsillo combinados por los servicios de proveedores de la red (preferidos) y de fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de atención médica por cobertura médica o de medicamentos con receta.

Gerente de beneficios de medicamentos con recetados (PBM): un PBM es una compañía que administra el beneficio de medicamentos con receta y la red de farmacias contratadas para su plan de seguro médico. Para Select Health Medicare Classic, Select Health es el PBM de forma que tiene un punto de contacto para cobertura de medicamentos con receta y cobertura médica.

Médico de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor con el que consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención médica primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos recetados disponibles.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros: inmovilizadores de brazo, espalda y cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el Gobierno Federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les da a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta administrativa que está diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden imponerse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: es un portal o aplicación de la computadora en la que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre la lista de medicamentos recetados disponibles y los beneficios. Esto incluye los montos de costos compartidos, medicamentos de la lista de medicamentos recetados disponibles alternativos que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia de habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para afiliarse a un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar usted, es también, por lo general, el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en centro especializado de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés): servicios de atención especializada de enfermería y de rehabilitación provistos de manera continua y diaria en un centro especializado de enfermería. Algunos ejemplos de atención son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera certificada o un médico.

Período de Inscripción Especial: un período de tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que puede calificar para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda adicional" con sus costos de medicamentos con receta, si lo trasladan a un hogar para ancianos o si violamos su contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un hogar para ancianos o tienen alguna condición médica crónica.

Costos compartidos estándar: los costos compartidos estándar son costos compartidos diferentes a los costos compartidos preferidos que se ofrecen en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que pruebe primero un cierto medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico ha recetado inicialmente.

Ingresos complementarios para seguridad (SSI, por sus siglas en inglés): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas con recursos e ingresos limitados que están discapacitados, ciegos o que tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios necesarios con urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se proporcionan cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicios para Miembros de Select Health Medicare Classic

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	855-442-9900 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábado y domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábado de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., domingo cerrado. Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil. Los Servicios para Miembros también tienen servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Los horarios de atención son los mismos que se indican anteriormente.
ESCRIBA A	Select Health Medicare Atención: Servicios para miembros PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130
SITIO WEB	selecthealth.org/medicare

Programa de asesores de beneficios de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIBA): El SHIP de Idaho

El SHIBA es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para proporcionar orientación gratuita sobre el seguro de salud local a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	800-247-4422
TTY	711
ESCRIBA A	Idaho Department of Insurance Atención: SHIBA 700 W. State Street, 3rd Fl PO Box 83720 Boise, ID 83720
SITIO WEB	doi.idaho.gov/shiba

Declaración de la divulgación de PRA Conforme a la Ley Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la obtención de información, salvo que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para que mejoremos este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Esta página dejada en blanco intencionadamente

Esta página dejada en blanco intencionadamente

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SELECT HEALTH MEDICARE

855-442-9900 Usuarios de TTY gratuito: **711**

1 de octubre al 31 de marzo:

Laborables de 7:00 a 20:00 horas, sábado y domingo 8:00 am a 8:00 pm

1 de abril al 30 de septiembre:

Laborables de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 14:00, cerrado el domingo.

Fuera de este horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil o visite **selecthealth.org/medicare**.

Select Health es un patrocinador de planes HMO, PPO, HMO-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.