BayCarePlus®
Medicare Advantage

2021

EVIDENCIA DE COBERTURA

Medicare Advantage

BayCarePlus **Premier (HMO)**

Presta servicios en:
Condado de Pinellas

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de cobertura:

Sus beneficio y servicios de salud y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de **BayCare**Plus Premier **(HMO)**

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

Este plan, **BayCare**Plus Premier, se ofrece a través de BayCare Select Health Plans. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se mencionan las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", se hace referencia a BayCare Health Plans. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a **BayCare**Plus Premier).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Este documento está disponible en español de manera gratuita.

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro Servicio de atención al cliente llamando gratis al (866) 509-5396. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

Contáctese con nuestro servicio de atención al cliente al (866) 509-5396 para más información. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deberán llamar al 711. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana y feriados desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Si lo hace, se le devolverá el llamado el siguiente día hábil.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios, la prima, el deducible y los copagos o el coseguro podrían modificarse el 1 de enero de 2022.

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

Evidencia de cobertura de 2021

Tabla de contenidos

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que implica ser miembro de un plan médico de Medicare y cómo usar este documento. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 24

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (**BayCare**Plus Premier) y con otras organizaciones, por ejemplo, Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board).

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 42

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)..... 59

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D..... 115

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

los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 143

Explica las tres etapas de la cobertura para medicamentos (Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura catastrófica) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. Explica los cinco niveles de costos compartidos correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costos compartidos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 163

En este capítulo, se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 171

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 184

En este capítulo se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

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

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 247

Se describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, se explican las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 257

Incluye avisos sobre las leyes vigentes y sobre la antidiscriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 261

Explica los términos clave utilizados en este documento.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción ... 7
Sección 1.1 Está inscrito en BayCarePlus Premier, que es una HMO de Medicare. ... 7
Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *Evidencia de cobertura*? ... 7
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* ... 7

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? ... 8
Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad ... 8
Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? ... 8
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para BayCarePlus Premier ... 9
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal ... 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? ... 9
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados y la atención médica cubiertos ... 9
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan ... 10
Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan ... 11
Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D (la "EOB de la Parte D"):* informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D ... 12

SECCIÓN 4 Su prima mensual para BayCare Plus Premier **... 13**
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? ... 13

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? ... 14
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? ... 14
Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? ... 15
Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa ... 15
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? ... 16

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? ... 17
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? ... 17
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? ... 17
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? ... 17

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D? 17

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 18

Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan 18

Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 19

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 20

Sección 8.1 Cómo puede ayudarnos a que tengamos información correcta sobre usted .. 20

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal 21

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida 21

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 21

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 21

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en BayCarePlus Premier, que es una HMO de Medicare.

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, **BayCare**Plus Premier.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. **BayCare**Plus Premier es un plan de Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura según este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

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

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados a su disposición como miembro de **BayCare**Plus Premier.

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de nuestro plan (en la portada posterior de este documento encontrará los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo **BayCare**Plus Premier cubre su atención médica. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de

inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en **BayCare**Plus Premier desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.

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

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar **BayCare**Plus Premier cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- -- *y* -- que viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.3 más abajo se describe nuestra área de servicio);
- -- *y* -- que sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en los Estados Unidos de forma legal.

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

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

- Recuerde lo siguiente: Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para

pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [durable medical equipment, DME]).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para BayCarePlus Premier

Aunque Medicare es un programa federal, **BayCare**Plus Premier se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de Florida: Pinellas.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a **BayCare**Plus Premier si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. **BayCare**Plus Premier debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

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

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

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de **BayCare**Plus Premier, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es probable que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios paliativos o participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si mientras es miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de **BayCare**Plus Premier, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio de atención al cliente para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan

En el *Directorio de proveedores y farmacias* encontrará los proveedores de nuestra red y proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La última lista de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en Member.**BayCare**Plus.org.

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

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

Si no tiene la copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través del Servicio de atención al cliente (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). Puede solicitar al Servicio de atención al cliente más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en Member.**BayCare**Plus.org, o bien descargarlo de este sitio web. Tanto el Servicio de atención al cliente como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

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

Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores/farmacias actualizado en nuestro sitio web en Member.**BayCare**Plus.org. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores/farmacias. **Revise el Directorio de proveedores/farmacias de 2021 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio de atención al cliente (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). Puede llamar al Servicio de atención al cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en Member.**BayCare**Plus.org.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en **BayCare**Plus Premier. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista.

La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de **BayCare**Plus Premier.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan más comúnmente. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyen en la lista de medicamentos que ofrecemos. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de atención al cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (Member.**BayCare**Plus.org) o llamar al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D (la "EOB de la Parte D"):* informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido que le ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina "*Explicación de beneficios de la Parte D"* (o "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que gastó, o que gastaron otros en su nombre, en medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada a dar recetas sobre estas opciones de costos más bajos. En el Capítulo 6, (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo solicite. Para obtener una copia, llame al Servicio de atención al cliente (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para BayCarePlus Premier

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2021, la prima mensual de **BayCare**Plus Premier es de $33. Además, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de "Ayuda adicional" y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. En la Sección 7 del Capítulo 2 se brinda más información acerca de este programa. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si ya *está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede no aplicarse en su caso**. Le hemos enviado un anexo por separado, llamado "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta"), también llamada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider", (cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS) que describe la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este anexo, comuníquese con el Servicio de atención al cliente y pida la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

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

- Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados "beneficios suplementarios opcionales", usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. La prima de estos beneficios adicionales para 2021 es de $14. Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, Beneficios "suplementarios opcionales" adicionales que puede adquirir, en la *Evidencia de cobertura de 2021.*
- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta "acreditable". ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que

la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

- Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
- Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

- Algunos miembros deben pagar un cargo adicional, llamado "monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos" (Income Related Monthly Adjustment Amount) de la Parte D, también llamado "IRMAA", ya que hace 2 años tuvieron un ajuste de ingresos brutos modificados, por encima de cierto monto, según lo informan en la declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos(Internal Revenue Service, IRS). Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, lo que se sumará a la prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica en qué consiste el IRMAA de manera más detallada.

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Nota: Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D o una cobertura para medicamentos con receta acreditable. "Cobertura para medicamentos con receta acreditable" es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando usted se inscribe por primera vez en **BayCare**Plus Premier, le informamos el monto de la multa.

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

Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2021, el monto promedio de la prima es de $33.06.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % de $33.06, lo que equivale a $4.63. Esto redondeado es $4.60. Esta suma se agregará a **la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año,** ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D solo tendrá como base los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para el ingreso por edad en Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

- Si usted ya tiene una cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare le llama a esto **"cobertura para medicamentos acreditable"**. Tenga en cuenta lo siguiente:
  - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
    - Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura médica finalice, puede no significar que su cobertura de medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta "acreditable" que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
  - Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.
  - Para obtener información adicional sobre las coberturas acreditables, consulte su manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años están por encima de cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también llamado "IRMAA". IRMAA es un cargo extra agregado a su prima.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de administración de personal, independientemente de cómo paga siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado (modified adjusted gross income, MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar en función de sus ingresos, visite el sitio web www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?

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

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A y a la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años están por encima de cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también llamado "IRMAA". IRMAA es un cargo extra agregado a su prima.

- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este documento. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Una copia de la publicación *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021) incluye información sobre estas primas de Medicare en la sección titulada "2021 Medicare Costs" (Costos de Medicare de 2021). Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted) cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021) del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen dos formas de pagar la prima del plan.

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Si elige pagar con cheque, recibirá una factura mensual. Los cheques deben emitirse a nombre de BayCare Select Health Plans y enviarse a: P.O. Box 745367, Atlanta, GA 30374-5367. Los pagos mensuales se deben recibir a más tardar el primer día del mes que cubren. Los cheques deben emitirse a nombre del plan y no de los CMS ni los HHS.

Opción 2: pago automáticamente en suspenso

- Administración del Seguro Social (SSA)*
- Junta de retiro ferroviario (RRB)*

* Puede tardar un máximo de 90 días para recibir la aceptación de la suspensión de la SSA o la RRB. La SSA o la RRB comenzarán la deducción a partir de la fecha de aceptación. Recibirá una factura por cualquier mes previo a la fecha de aceptación de la suspensión por parte de la SSA o la RRB, que deberá pagar usted. En circunstancias limitadas, tal vez Medicare no autorice la opción de deducción de la SSA o la RRB y podría indicar que el plan facture directamente al miembro. Si esto ocurre, se le notificará por escrito.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima del plan se deberá pagar en nuestra oficina hasta el primer día del mes. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con el Servicio de atención al cliente para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos en concepto de prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser 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 recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 8.1 Cómo puede ayudarnos a que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre del proveedor de atención primaria.

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

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

Si hay algún cambio, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

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

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

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre

cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Servicio de atención al cliente (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

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

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan médico grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan médico grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de BayCare**Plus Premier (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente del plan) **25**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **30**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **32**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención médica que se brinda a las personas que tienen Medicare)..... **33**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **34**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) **35**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta**..... **36**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario**..... **39**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?** **40**

SECCIÓN 1 Contactos de **BayCare**Plus Premier (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio de atención al cliente del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de atención al cliente de **BayCare**Plus Premier. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Servicio de atención al cliente
LLAME AL	(866) 509-5396 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. El Servicio de atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	(877) 832-5757
ESCRIBA A	BayCare Health Plans P.O. Box #3710 Troy, MI 48007 CustomerService@BayCareHealthPlans.org
SITIO WEB	Member.**BayCare**Plus.org

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de atención médica o de los medicamentos con receta de la Parte D.

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

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

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	(866) 509-5396 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	(877) 832-5757
ESCRIBA A	BayCare Health Plans P.O. Box #3710 Troy, MI 48007
SITIO WEB	Member.**BayCare**Plus.org

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

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

Método	Información de contacto para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	(866) 509-5396 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	(877) 832-5755
ESCRIBA A	BayCare Health Plans P.O. Box #3710 Troy, MI 48007
SITIO WEB	Member.**BayCare**Plus.org

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D

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

Método	Información de contacto para presentar reclamos sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	(866) 509-5396 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	(877) 832-5751
ESCRIBA A	BayCare Health Plans P.O. Box #3710 Troy, MI 48007
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre **BayCare**Plus Premier directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

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

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

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME AL	(866) 509-5396 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	(877) 832-5757
ESCRIBA A	BayCare Health Plans P.O. Box #3710 Troy, MI 48007
SITIO WEB	Member.**BayCare**Plus.org

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

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

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

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es la página web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare cualquier reclamo que tenga acerca de **BayCare**Plus Premier: • **Informe a Medicare sobre su reclamo:** Puede presentar un reclamo sobre **BayCare**Plus Premier directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a ingresar en la página web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en la página web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Florida, el programa SHIP se llama "Asistencia de las necesidades de seguro médico de los adultos mayores" (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

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

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

Método	Información de contacto de SHINE
LLAME AL	Línea gratuita (800) 963-5337
TTY	(800) 955-8770 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	4040 Esplanade Way Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	FloridaSHINE.org

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

En cada estado hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Florida, la Organización para la mejora de la calidad se llama "KEPRO".

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

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

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

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Florida)
LLAME AL	(888) 317-0751 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. (hora local) Fines de semana y feriados, de 11 a.m. a 3 p.m. (hora local)
TTY	(855) 843-4776 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Ste. 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	KEPROQIO.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen insuficiencia renal en etapa terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

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

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

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

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Niños y Familias de Florida (Florida Department of Children and Families).

Método	Información de contacto del Departamento de Niños y Familias de Florida
LLAME AL	(866) 762-2237 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	(800) 955-8771 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	ACCESO a Central Mail Center P.O. Box 1770 Ocala, FL 34478-1770
SITIO WEB	https://myflfamilies.com/

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

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para los gstos que paga de su bolsillo.

Las personas con recursos e ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la "Ayuda adicional". Algunas personas reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional" en forma automática y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional" en forma automática.

Usted puede obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame:

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

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto o entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si desea recibir asistencia para obtener la mejor evidencia posible o si necesita información para proporcionar la evidencia a BayCare Health Plans, llame al Departamento de Servicio de atención al cliente al (866) 509-5396.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta,

comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes de medicamentos de marca para las personas inscritas en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período de sin cobertura y no estén recibiendo la "Ayuda adicional". Para los medicamentos de marca, el descuento del 70 % que brindan los fabricantes no incluye ningún costo de suministro en el período sin cobertura. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación para medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no se considera para los gstos que paga de su bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza el período sin cobertura, el plan paga el 75% del precio por los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se considera para los gastos de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. Además, la tarifa de dispensación se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la portada posterior de este documento).

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos de importancia vital contra el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta a través del Departamento de Asuntos de las Personas Mayores de Florida (Florida Department of Elder Affairs). Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado.

Si está inscrito actualmente en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de gasto compartido en los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare.

AIDS Drugs Assistance Program
HIV/AIDS Section
4052 Bald Cypress Way
Tallahassee, FL 32399

Teléfono: (850) 245-4422

Línea directa de VIH/SIDA de Florida:
Inglés: (800) 352-AIDS (2437)
Español: (800) 545-7432
Criollo haitiano: (800) 243-7101
TTY: (888) 503-7118

FloridaHealth.gov/Diseases-and-Conditions/AIDS/ADAP/
Correo electrónico: DiseaseControl@FLHealth.gov

¿Qué ocurre si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?

No. Si recibe "Ayuda adicional", usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante la Etapa del período sin cobertura.

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

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

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

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

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

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si pulsa “0,” podrá hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los días lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los días miércoles. Si pulsa “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automática 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 equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Servicio de atención al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 44

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?..... 44

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan..... 44

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 46

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención médica 46

Sección 2.2 Cómo puede obtener atención médica de especialistas y otros proveedores de la red..... 47

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención médica de proveedores fuera de la red 48

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención médica o durante un desastre..... 48

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica..... 48

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios médicos 50

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre 50

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 51

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos..... 51

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total..... 51

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 52

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?..... 52

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 53

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención médica en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica"..... 54

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?..... 54

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 54

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero 55

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 55

SECCIÓN 8 Reglas para el uso de equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento 56

Sección 8.1 ¿Qué beneficios de oxígeno le corresponden? 56

Sección 8.2 ¿Cuál es el costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?..... 56

Sección 8.3 ¿Qué sucede si sale del plan y regresa a Medicare Original? 57

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

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

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

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

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

- Los **"proveedores"** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención médica que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan

Como un plan de salud de Medicare, **BayCare**Plus Premier debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

BayCarePlus Premier generalmente cubrirá su atención médica durante el tiempo que sea necesario:

- **La atención médica que reciba se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que usted recibe se considera médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, no necesita aprobación de su PCP antes de acudir a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Si necesita consultar con un proveedor fuera de la red, el PCP puede brindar una derivación. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las recomendacionesde su PCP no son necesarias para la atención médica de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *A continuación se describen tres excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de atención médica de emergencia o de atención médica primaria urgente que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de atención primaria urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que, según las disposiciones de Medicare, debe estar cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

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

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan que será el proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un médico o, en algunos estados, un enfermero especializado, que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como se explica abajo, usted recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención médica y lo ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted tiene por ser miembro de nuestro plan. Incluye lo siguiente:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- tratamientos;
- atención de médicos especialistas;
- admisiones en hospitales;
- atención de seguimiento.

La "coordinación" de sus servicios incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención y de cómo le está yendo. En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de parte de nosotros. Dado que su PCP será el que proporcionará y coordinará su atención médica, usted deberá verificar que se hayan enviado todas sus historias clínicas anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige al PCP?

Cuando se inscriba, se le pedirá que seleccione un PCP. Su elección se indica en el formulario de inscripción. El nombre y el número telefónico del consultorio del PCP están impresos en su tarjeta de identificación de miembro. Para obtener el listado más actualizado de médicos participantes, visite el sitio web Member.**BayCare**Plus.org.

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar su PCP, llame al Departamento del Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). **Los cambios de PCP**

entran en vigencia el primer día del siguiente mes. Las solicitudes de cambios retroactivos no suelen aprobarse. Al llamar, asegúrese de informar al representante del Servicio de atención al cliente si está consultando con especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que debieron ser aprobados por su PCP (como servicios médicos domiciliarios y equipo médico duradero). El representante del Servicio de atención al cliente cambiará el registro de miembro para que muestre el nombre de su nuevo PCP. Asimismo, recibirá una tarjeta de miembro actualizada con el nombre y número telefónico de su nuevo PCP.

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

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

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

Tal vez el PCP necesite obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama "autorización previa"). Para obtener más información acerca de qué servicios exigen autorización previa, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para gestionar su atención.

En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono de Servicio de atención al cliente.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención médica de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, solo puede buscar atención médica de proveedores fuera de la red si está en cualquiera de estas situaciones:

- Si necesita atención médica que, según las disposiciones de Medicare, debe estar cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener una autorización previa del plan antes de buscar atención médica. El PCP de la red se comunicará con nosotros para recibir autorización a fin de que usted busque atención médica de un proveedor fuera de la red.
- Usted necesita atención de emergencia o de urgencia.
- Recibe servicios de diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una recomendación del PCP.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención médica de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención médica de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. El número de nuestro Servicio de atención al cliente está en la parte posterior de la tarjeta de identificación de miembro.

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

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

Además, usted puede obtener cobertura de atención médica de emergencia en todo el mundo cada vez que la necesite. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que continúe estable. El plan cubre la atención médica de seguimiento. Si recibe atención médica de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención médica adicional.
- *O bien,* la atención médica adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted respeta las reglas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

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

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

Siempre debe tratar que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran accesibles o no están disponibles provisoriamente y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando esta se encuentre disponible, cubriremos los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los centros de atención de urgencia de la red en su área. También puede llamar al consultorio de su PCP. Aunque el consultorio esté cerrado, siempre habrá un médico de guardia que pueda ayudarlo. El número de teléfono del PCP está en la tarjeta de identificación de miembro.

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

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

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos. Nuestro plan no cubre otros servicios si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: Member.**BayCare**Plus.org para recibir información sobre cómo obtener la atención médica que necesita durante un desastre.

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

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

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

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

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

BayCarePlus Premier cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este documento) y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra nuestro plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

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

En el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener más información (los números de teléfono figuran en la portada posterior de este documento).

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Ese costo no contará para su máximo de gastos de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Servicio de atención al cliente.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un "estudio clínico") es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a analizar la eficacia y seguridad de un nuevo enfoque.

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

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, una de las personas que trabajan en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

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

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

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

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre lo que su plan pagará.

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

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

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

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

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

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

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará ninguna de las siguientes opciones:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.

- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las CT mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

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

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

Los límites de la cobertura de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare se aplican a este beneficio (consulte el Capítulo 4 de esta Evidencia de cobertura).

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

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

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

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de **BayCare**Plus Premier, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original?

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

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

SECCIÓN 8 Reglas para el uso de equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿Qué beneficios de oxígeno le corresponden?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, **BayCare**Plus Premier cubrirá lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno;
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

Si sale de **BayCare**Plus Premier o ya no requiere equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno se debe devolver al propietario.

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

El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el 20% de coseguro cada mes.

El costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en **BayCare**Plus Premier.

Si antes de inscribirse en **BayCare**Plus Premier usted ya ha pagado el alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno durante 36 meses, el costo compartido en **BayCare**Plus Premier es el 20% del coseguro.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si sale del plan y regresa a Medicare Original?

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

Asimismo, si durante 36 meses pagó mientras estaba inscrito en **BayCare**Plus Premier y, luego, egresa a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura de los equipos de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 60

Sección 1.1 Tipos de costos que podría tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 60

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 60

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos" 61

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto dinero le corresponderá pagar 62

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 62

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede adquirir 104

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 108

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 108

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

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de **BayCare**Plus Premier. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que podría tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

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

- El **"copago"** es un monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para participar en Medicaid o en el programa de beneficiario calificado de Medicare (QMB) no deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de Medicaid o elegibilidad para QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que le solicitan un pago incorrecto, puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente.

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

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad de dinero que usted debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina el "monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos".

Como miembro de **BayCare**Plus Premier, el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2021 es de $2,800. Los montos que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de este monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el

monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo. Estos servicios están marcados con el símbolo † en la Tabla de beneficios médicos). Si usted alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de $2,800, no deberá pagar ningún otro costo de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos"

Como miembro de **BayCare**Plus Premier, un factor de protección importante para usted es que solo debe pagar el monto del gasto compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su gasto compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto determinado de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces no debe pagar más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una recomendación).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una recomendación).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

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

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención médica de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención médica.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco (*).

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos.* (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted

también se le trata o controla por una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.

- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

información importante sobre los beneficios para los afiliados con ciertas afecciones crónicas

- Si un proveedor del plan le diagnostica las siguientes afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, usted puede ser elegible para recibir otros beneficios suplementarios específicos o una reducción específica en los costos compartidos.
  - Diabetes
- Para obtener información más detallada, consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” de la Tabla de beneficios médicos que figura más abajo.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su médico, asociado médico, enfermero especializado o enfermero clínico especializado.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Los beneficiarios de Medicare tienen cobertura hasta de 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias. A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • es no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no está relacionado con cirugías; • tampoco está relacionado con el embarazo. Aquellos pacientes que demuestren una mejoría tendrán cobertura de ocho sesiones adicionales. Se pueden administrar 20 tratamientos de acupuntura como máximo por año. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o no presenta remisión.	$20 de copago por cada tratamiento de acupuntura cubierto por Medicare a través de un proveedor de American Specialty Health (ASH).
Acupuntura: servicio suplementario y masaje terapéutico Debe usar un proveedor de American Specialty Health (ASH).	$20 de copago por hasta 30 consultas combinadas totales por año, entre acupuntura y masaje terapéutico.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia* • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención médica si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. ***Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.**	$200 de copago por beneficios para traslado en ambulancia cubiertos por Medicare. Este copago se aplica a cada viaje de ida.
Examen físico anual El examen físico anual de rutina es exhaustivo. La cobertura de este beneficio se suma a la consulta preventiva anual cubierta por Medicare y la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Se limita a un examen físico por año.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
Consulta preventiva anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año. **Nota**: Su primera consulta preventiva anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas preventivas anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medición de masa ósea Para las personas que califican (generalmente, significa personas que corren riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, que incluye la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una derivación del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$30 de copago por día por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede proponer el uso de aspirina (si corresponde), medir la presión arterial y brindarle consejos para que usted coma sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer vaginal y de cuello de útero o se encuentra en edad de procrear o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación.	$10 de copago por cada consulta cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT) Examen de detección colorrectal basado en el ADN cada 3 años Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios dentales*	
En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos los servicios dentales cubiertos por Medicare que presta un especialista contratado, como un cirujano bucal.	$10 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare.
Cubrimos los siguientes servicios dentales cuando se proporcionan a través de un proveedor de atención dental contratado de Argus.	Una consulta con un cirujano bucal para servicios cubiertos por Medicare requiere una autorización previa.
Exámenes bucales: • Examen bucal integral - 1 cada 3 años • Evaluación bucal periódica - paciente establecido - 1 cada 6 meses	$0 de copago por servicios dentales cubiertos.
Radiografías: • Radiografía intrabucal - serie completa incluidas mordidas - 1 cada 3 años • Radiografía intrabucal - periapical - primera placa - 1 por año • Radiografía intrabucal - cada adicional - 1 por año • Radiografía de mordida - placa simple - 1 por año • Radiografía de mordida - dos placas - 1 por año • Radiografía de mordida - tres placas - 1 por año • Radiografía de mordida - cuatro placas - 1 por año • Radiografía panorámica, placa - 1 cada 3 años	
Servicios preventivos: • Profilaxis - Adulto - 2 por año/1 cada 6 meses • Aplicación tópica de flúor (con profilaxis) - 2 por año/1 cada 6 meses	
Periodoncia: • Desbridamiento de toda la boca - 1 cada 3 años	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales* (continuación) • Raspado periodontal y alisado radicular, 4 o más dientes por cuadrante - 4 cuadrantes cada 3 años • Raspado periodontal y alisado radicular, de 1 a 3 dientes por cuadrante - 4 cuadrantes cada 3 años Restauración: • Amalgamas o resinas - 2 por año • Extracciones - 2 por año *Se ofrecen beneficios adicionales como parte de nuestro beneficio complementario opcional. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.* ***Se podría requerir autorización previa.**	
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones y tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos*	
Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Bayer/Ascensia. • Se requiere autorización previa para glucómetros y tiras reactivas de marcas que no sean Bayer/Ascensia cuando se obtienen en una farmacia de su área. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. ***Se requiere autorización previa para algunos elementos (p. ej., calzado y plantillas ortopédicas a medida para diabéticos, bombas de insulina, monitores continuos de glucosa y sus suministros relacionados, como sensores, transmisores, receptores y lectores).**	10% de coseguro para suministros de control de la diabetes 20% de coseguro para calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos. $0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "equipos médicos duraderos"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Esta sección refleja los beneficios del equipo médico duradero que no están relacionados con el control de la diabetes. Consulte la sección Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos de esta Tabla de beneficios médicos para obtener información sobre los beneficios de productos relacionados con el control de la diabetes. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La última lista de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en Member.**BayCare**Plus.org. ***Se podría requerir autorización previa.**	20% de coseguro para los elementos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención médica de emergencia La atención médica de emergencia hace referencia a los servicios que: • son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una de las extremidades o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente. Los gastos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Brindamos cobertura internacional.	$120 de copago por consultas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si lo ingresan en el mismo hospital en el término de las 24 horas por la misma afección, usted paga $0 por la consulta a la sala de emergencias. Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y el costo que usted debe pagar es el monto de costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Programas educativos sobre salud y bienestar Este plan cubre los siguientes beneficios educativos sobre salud y bienestar: • Membresía a gimnasios/clases de ejercicio a través de SilverSneakers®.	$0 de copago por programas educativos sobre salud y bienestar.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos	
Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención médica para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	$30 de copago por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.
Los servicios cubiertos incluyen: • Exámenes auditivos de diagnóstico • Examen auditivo de rutina (uno por año)	$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año calendario.
• Hasta dos audífonos cada dos años calendario (uno por oído, cada dos años calendario). Los exámenes auditivos de rutina y los audífonos se deben obtener del proveedor de servicios auditivos contratado del plan, TruHearing.	$599 de copago por audífono de tecnología avanzada TruHearing o $899 de copago por audífono de tecnología premium TruHearing. †
La compra de audífonos incluye lo siguiente: • Evaluación auditiva y ajuste inicial del audífono • Dos consultas de seguimiento dentro del primer año de la compra del audífono • Período de prueba de 45 días • Garantía extendida de 3 años • Opción de audífono recargable ($50 adicionales por cada audífono) • 48 baterías por audífono TruHearing es el proveedor exclusivo de los audífonos avanzados y premium (Advanced y Premium). Los copagos para audífonos solo se aplican a productos TruHearing. **† Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.**	
Ayuda con ciertas afecciones crónicas	
Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.	$0 de copago por exámenes de los ojos para personas diabéticas realizados por un especialista, como un oftalmólogo o un optometrista.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitar que una agencia de atención médica domiciliaria le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	$0 de copago por las visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP para todas las consultas.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión en el hogar*	
La terapia de infusión en el hogar consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (p. ej., antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (p. ej., una bomba) y los suministros (p. ej., tubos y catéteres).	$0 de copago por la terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare. Se podría requerir una derivación de su PCP.
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con el plan de atención • Capacitación e instrucción para el paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero	20% de coseguro para medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare utilizados para la terapia de infusión.
• Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro de terapia y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	20% de coseguro para suministros y equipos cubiertos por Medicare utilizados para la terapia de infusión.
***Se podría requerir autorización previa.**	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cuidados paliativos Es posible que reciba atención médica a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le diagnostican una enfermedad terminal y certifican que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si dicha enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras usted forme parte del programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Medicare Original por los servicios que este paga. Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de dichos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de gastos compartidos del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, deberá pagar el gasto compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original).	Cuando se inscribe en un programa de servicios paliativos certificado por Medicare, los servicios paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original, y no **BayCare**Plus Premier.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Para los servicios cubiertos por **BayCare**Plus Premier, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: **BayCare**Plus Premier seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted debe pagar el monto del gasto compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Una vacuna antigripal por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si fuera necesario por motivos médicos • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención médica hospitalaria para pacientes internados*	
Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios con internación. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. El plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados	$150 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 5. $0 de copago por día, por hospitalización: del día 6 en adelante. Si usted recibe atención autorizada durante una hospitalización en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su cuadro de emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en hospital como paciente hospitalizado* (continuación) • En determinadas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas/riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran en un lugar alejado de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si **BayCare**Plus Premier brinda servicios de trasplante fuera del área de servicio de su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre (incluye almacenamiento y administración) • Servicios médicos **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". Esta hoja de datos está disponible en Internet, en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. ***Se requiere autorización previa.**	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes internados*	
Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. El plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente internado. ***Se requiere autorización previa.**	$150 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 5. $0 de copago por día, por hospitalización: del día 6 en adelante. Si usted recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su cuadro de emergencia, el monto que le corresponde pagar es el mismo que el gasto compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado los beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía del paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Cuando su hospitalización ya no esté cubierta, estos servicios se cubrirán tal como se describe en las siguientes secciones de esta Tabla de beneficios médicos: • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios • Dispositivos protésicos y suministros relacionados • Servicios ambulatorios de rehabilitación
Beneficio de comidas El beneficio cubre 28 comidas (2 comidas por día durante 14 días) entregadas directamente en su casa después de recibir cada alta de una estadía de atención aguda para pacientes internados o en un centro de enfermería especializada. Límite anual de 2 altas para un total de 56 comidas por año. Debe usar los servicios de GA Foods.	No hay coseguro, copago ni deducible para cada comida.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando recibe derivación de un médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Medicare original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su derivación cada año si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es un programa estructurado de capacitación práctica, diseñado para implementar cambios en los hábitos alimenticios a largo plazo, aumentar la actividad física y brindar herramientas para superar las dificultades que conlleva adelgazar de manera ininterrumpida y llevar un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:	20% de coseguro por medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B. 20% de coseguro por otros medicamentos cubiertos por la Parte B.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación) • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario por motivos médicos, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. ***Algunos medicamentos de la Parte B pueden requerir autorización previa.**	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso ininterrumpida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de orientación psicológica intensiva para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos* Los servicios de tratamiento para el trastorno por uso de opiáceos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opiáceos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) y la dispensación y administración de dichos medicamentos si correspondiera • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas ***Se requiere autorización previa.**	$10 de copago, por visita, por los servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos cubiertos por Medicare.

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

Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios*
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:
• Radiografías
• Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros de los técnicos
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones
• Análisis de laboratorio
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración.
• Otros servicios de radiología de diagnóstico, como, por ejemplo:
  o Tomografías computarizadas (TC)
  o Resonancias magnéticas (RM)
  o Exploraciones por tomografía por emisión de positrones (TEP)
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, como, por ejemplo:
  o Estudios de venas y arterias
  o Electrocardiograma (ECG)
  o Electroencefalograma (EEG)
  o Electromiografía
  o Ecografía Doppler
  o Estudio de conducción nerviosa
  o Pruebas neuropsicológicas
  o Prueba de la función pulmonar
  o Ecografía
  o Estudio del sueño
  o Prueba de esfuerzo
 	
***Se podría requerir autorización previa.**
	$0 de copago por radiografías cubiertas por Medicare.
	20% de coseguro por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.
	$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.
	$0 de copago por mamografías de diagnóstico
	$90 de copago por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).
	$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Observación en el hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si es necesario una internación o si se puede dar el alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados a pedido de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del gasto compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si califica como paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare llamada "¿Es usted paciente hospitalizado o paciente ambulatorio?" Si tiene Medicare, ¡consulte!". **Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en** www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf**,** o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	$95 dólares de copago por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*	
Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Servicios y pruebas de detección preventivos enumerados en esta tabla Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del gasto compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si califica como paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". Esta hoja de datos está disponible en Internet, en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. ***Se requiere autorización previa.**	$95 de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios*	
Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Estos servicios incluyen la estimulación magnética transcraneal (EMT) realizada en el consultorio del proveedor y las visitas para la modificación de los medicamentos. ***Se requiere autorización previa.**	$10 de copago por cada visita individual cubierta por Medicare. $5 de copago por cada visita grupal cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	
Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	$10 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. $10 de copago por cada visita de fisioterapia o fonoaudiología cubierta por Medicare. No se requiere una derivación de su PCP. Nota: Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios*	
Los servicios cubiertos incluyen: • Tratamiento ambulatorio individual por abuso de sustancias • Tratamiento ambulatorio grupal por abuso de sustancias ***Se requiere autorización previa.**	$10 de copago por cada visita individual cubierta por Medicare. $5 de copago por cada visita grupal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios* **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del gasto compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". ***Se podría requerir autorización previa.**	$50 de copago por cada cirugía cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. $95 de copago por cirugías cubiertas por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
Productos de venta libre Recibirá un crédito trimestral (enero, abril, julio y octubre) que le permitirá comprar productos personales para el cuidado de la salud. Puede tener acceso al beneficio; para ello, llame al Centro de servicios de productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) al (877) 240-7198, inicie sesión en www.NationsOTC.com/**BayCare**Plus para hacer su pedido o imprima y devuelva el formulario del pedido. Puede hacer pedidos por teléfono, en línea o por correo postal. La selección de productos contiene muchos productos diarios de venta libre que se entregarán en su casa sin ningún costo adicional. El crédito trimestral vence al final de cada trimestre (31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre). Los pedidos se aplican al período de beneficios en el que se recibe el pedido. Todos los pedidos son para entrega a domicilio y se pueden comprar en una tienda minorista de su área. Para entrega a domicilio, demora de 7 a 10 días hábiles desde el momento en que se procesa el pedido. Si usted finaliza la cobertura con el plan, el beneficio de OTC finaliza automáticamente.	Crédito trimestral de $100

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial*	
La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención médica recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Estos servicios incluyen programas intensivos para pacientes ambulatorios (intensive outpatient programs, IOP). ***Se requiere autorización previa.**	$55 de copago por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico*	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su PCP si el médico así lo indica para determinar si necesita tratamiento médico • Los miembros pueden tener acceso a consultas virtuales o telesalud con proveedores de la red selectos, como PCP y especialistas. Se aplica un copago de consulta para estas consultas. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedades renales en etapa terminal para miembros que reciben diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital pequeño, un centro de diálisis renal o la casa del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o charla por video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si** ocurre lo siguiente: o usted no es paciente nuevo; **y**	$0 de copago por cada visita a un proveedor de la red cubierta por Medicare. $10 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. 20% de coseguro por inyecciones o equipo médico duradero y prótesis/órtesis si son suministrados por el médico, además del copago de la visita al consultorio. Una consulta con un cirujano bucal para servicios cubiertos por Medicare requiere una autorización previa.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico* (continuación) o el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y** o el chequeo no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o en la cita más temprana disponible. • Evaluación del video o de las imágenes que usted le envía al médico, interpretación y seguimiento de parte del médico dentro de las 24 horas **si ocurre lo siguiente**: o usted no es paciente nuevo; **y** o el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y** o el chequeo no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o en la cita más temprana disponible. • Consultas que su médico realice con otros médicos por teléfono o en línea o consultas a su historia clínica electrónica **si** usted no es paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico) • Consultas virtuales a través de BayCareAnywhere®. Para obtener más información, visite Member.**BayCare**Plus.org. **†Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo.** ***Se podría requerir autorización previa.**	$20 de copago por consultas virtuales, limitadas a 4 consultas por año.†

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	$10 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba anual del PSA.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados* Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. También se incluye cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas (consulte "Atención médica de la vista" más adelante en esta sección para obtener más información). ***Se podría requerir autorización previa.**	20% de coseguro por los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por otros suministros médicos relacionados.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y una derivación para rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	$30 de copago por día por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de consumo inadecuado de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención médica primaria calificado en un establecimiento de atención médica primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son aquellos que** tienen entre 55 y 77 años y no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero han fumado un paquete diario desde hace 30 años como mínimo y son fumadores en la actualidad o han dejado de fumar en los últimos 15 años, reciben una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y cumplen con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o un profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón a fin de realizar pruebas posteriores de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención médica primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención médica primaria y se realizan en un establecimiento de atención médica primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando tienen una derivación del médico, cubrimos hasta seis sesiones informativas sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención médica especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	20% de coseguro por diálisis renal cubierta por Medicare. $0 de copago por los servicios informativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. Los proveedores fuera de la red que se encuentran dentro del área de servicio requieren una derivación.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF)* (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención médica (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, la atención médica en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, tal vez pueda pagar el gasto compartido dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un asilo de ancianos o una comunidad de atención médica continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital ***Se requiere autorización previa.**	$0 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 20. $150 de copago por día, por hospitalización: del día 21 al 100.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos las consultas de asesoramiento para dos intentos de abandono del tabaco en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el gasto compartido correspondiente. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad de arterias periféricas (peripheral artery disease, PAD) asintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos de la SET. La SET debe tener las siguientes características: • Debe consistir en sesiones de 30-60 minutos, que comprendan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para el tratamiento de la AP en pacientes con claudicación. • Debe realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico. • Debe ser proporcionada por personal auxiliar calificado, para garantizar que los beneficios excedan los daños, y capacitado en terapia de ejercicios para el tratamiento de la AP. • Debe realizarse con la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un enfermero especializado/enfermero clínico especializado capacitados en técnicas avanzadas de apoyo vital. Se pueden cubrir 36 sesiones adicionales de SET durante un período de tiempo mayor, además de las 36 sesiones por 12 semanas, si un proveedor de atención médica lo considera necesario por motivos médicos.	$30 de copago por día por los servicios de SET cubiertos por Medicare.
Traslado regular 24 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan cada año, proporcionados por el proveedor de transporte de la red. Los servicios deben programarse dos (2) días hábiles por adelantado. El proveedor de transporte seleccionará el medio de transporte adecuado. Las opciones incluyen automóvil, furgoneta o vehículo con accesibilidad para silla de ruedas. Comuníquese con MTM al (888) 421-2062 para obtener más información.	No se requiere copago para los viajes de ida a ubicaciones de salud aprobadas por el plan.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia	
Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los gastos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. Brindamos cobertura internacional.	$30 de copago por visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare. $120 de copago por consultas de urgencia cubiertas por Medicare fuera de los EE. UU.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. La refracción ocular es un estudio que implica mirar a través de un dispositivo para leer letras con distinta intensidad. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular convencional. (Si usted se ha sometido a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). Lentes correctivos/marcos (y reemplazos) necesarios después de extraer una catarata sin colocar un implante de cristalino.** **Todos los anteojos y lentes de contacto, incluidas las refracciones para determinar si hay cambios en la vista o si necesita anteojos o lentes de contacto, aunque usted se haya sometido a una cirugía de catarata, deben obtenerse a través de un proveedor de atención de la vista de Argus.	$10 de copago por cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare. $0 de copago por exámenes de la vista para personas diabéticas cubiertos por Medicare realizados por un especialista, como un oftalmólogo o un optometrista. $0 de copago por 1 par de anteojos cubiertos por Medicare, que incluye marco y lentes de plástico, o lentes de contacto cubiertos por Medicare (después de cada cirugía de cataratas).

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista (continuación) **Atención de la vista de rutina** Los servicios cubiertos incluyen los siguientes cuando los proporciona un proveedor de atención de la vista de Argus: • Un examen anual de la vista de rutina para determinar si hay cambios en la vista o si necesita anteojos o lentes de contacto. • Refracciones durante un examen de rutina. • Lentes de anteojos. • Marcos de anteojos o lentes de contacto. **† Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.**	$0 de copago por hasta 1 examen de los ojos de rutina por año calendario. $0 de copago por hasta 1 par de anteojos (lentes y marcos), con lentes monofocales de plástico transparente CR-39, bifocales con unión, trifocales o lentes de contacto por año calendario. Nuestro plan paga hasta $200 por año calendario por anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto. † Para obtener mejoras de lentes de anteojos y lentes de contacto, que se aplican solo a elementos para la vista de rutina: † $40 de copago por lentes fotocromáticos $50 de copago por lentes progresivos estándares 85% de coseguro se aplica por mejoras de tratamiento de lentes. • Usted paga el 100% del costo total del ajuste de lentes de contacto y servicios de seguimiento.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y recomendaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo en el plazo de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede adquirir

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan "**beneficios complementarios opcionales**". Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para obtenerlos y es posible que deba pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

BayCarePlus Premier (HMO) ofrece atención dental integral como un beneficio suplementario opcional a nuestros miembros por una prima mensual $14. Nos referimos a la prima de los beneficios complementarios opcionales como la "prima OSB" (Optional Supplemental Benefits).

Para añadir los beneficios complementarios opcionales a su **BayCare**Plus Premier, debe inscribirse voluntariamente en los beneficios complementarios opcionales. Si elige inscribirse en los beneficios complementarios opcionales, su prima OSB mensual se sumará a cualquier prima de Medicare o del plan y a cualquier multa por inscripción tardía que pueda aplicarse.

Períodos de inscripción:

- Puede inscribirse para recibir los beneficios suplementarios opcionales durante el período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) de Medicare, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre o hasta 30 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción en **BayCare**Plus Premier.
- Las solicitudes presentadas durante el período de inscripción anual de Medicare entrarán en vigor el 1 de enero. Las solicitudes presentadas 30 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción tendrán la fecha de vigencia del primer día del mes posterior a la recepción del formulario de inscripción en los beneficios suplementarios opcionales del plan, pero no anterior a su fecha de entrada en vigor en **BayCare**Plus Premier.

Cómo solicitar la inscripción:

- Para inscribirse a fin de recibir los beneficios suplementarios opcionales, comuníquese con el (866) 509-5396 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para inscribirse por teléfono o para pedir una solicitud de inscripción impresa. También puede descargar una solicitud de inscripción impresa en www.baycareplus.org.
- El pago de las primas OSB mensuales se añadirá a su factura mensual, y deberá pagarlas de la misma manera en que paga la prima del plan.

Anulación de la inscripción y reinscripción:

- Si no paga la prima OSB mensual por los beneficios complementarios opcionales, perderá dichos beneficios, pero permanecerá inscrito en **BayCare**Plus Premier.
- Puede anular su inscripción en los beneficios complementarios opcionales en cualquier momento. La anulación de la inscripción en los beneficios complementarios opcionales no implica la anulación de su inscripción en **BayCare**Plus Premier.
- La anulación de su inscripción en **BayCare**Plus Premier implica la anulación de su inscripción en los beneficios complementarios opcionales. La inscripción en los beneficios complementarios opcionales depende de que continúe inscripto en **BayCare**Plus Premier.
- Si anula su inscripción en los beneficios complementarios opcionales, o si la anulamos nosotros por falta de pago de las primas OSB mensuales, no será elegible para volver a inscribirse en los beneficios complementarios opcionales hasta el próximo período de selección válido de dichos beneficios. Cualquier beneficio suplementario opcional (optional supplemental benefit, OSB) pendiente en el momento de la cancelación de la inscripción debe pagarse antes de cancelar la inscripción para recibir los beneficios suplementarios opcionales.
- Tiene derecho a un reembolso por cualquier sobrepago de las primas OSB determinado en el transcurso del año o en el momento de la anulación de la inscripción. Los reembolsos adeudados se emitirán en un plazo de 60 días. Podemos aplicar su sobrepago de las primas OSB, si lo hubiera, a las primas mensuales de su plan.

Otra información importante:

- Si tiene preguntas, comuníquese con nuestro Servicio de atención al cliente llamando gratis al (866) 509-5396 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
- Debe recibir atención con cobertura de parte de proveedores dentro de la red, salvo en caso de requerir atención de emergencia o urgencia. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, deberá pagar todos los costos relacionados con dichos servicios.
- También puede hablar directamente con un representante de Argus llamando al (888) 829-5004.

Servicios suplementarios opcionales - Argus Dental	**Lo que debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prima mensual	$14
Servicios dentales integrales* Cubrimos los siguientes servicios dentales cuando se proporcionan a través de un proveedor de atención dental contratado de Argus. Restauración: • Corona sustrato de porcelana/cerámica - una por año calendario • Corona de porcelana fundida con contenido alto de metales nobles - una por año calendario Endodoncia: • Tratamiento de conducto radicular - diente anterior - por diente - uno por año calendario • Tratamiento de conducto radicular - premolar - por diente - uno por año calendario • Tratamiento de conducto radicular - molar - por diente - uno por año calendario Prostodoncia (extraíble) - un conjunto completo de dentaduras postizas completas o parciales una vez cada 5 años (superiores e inferiores): • Dentadura postiza superior completa • Dentadura postiza inferior completa • Dentadura postiza superior completa, inmediata • Dentadura postiza inferior completa, inmediata • Dentadura postiza superior parcial - base de resina (con retenedores/apoyos y dientes) • Dentadura postiza inferior parcial - base de resina (con retenedores/apoyos y dientes) • Dentadura postiza superior parcial - base de metal fundido con monturas de resina (con retenedores/apoyos y dientes) • Dentadura postiza inferior parcial - base de metal fundido con monturas de resina (con retenedores/apoyos y dientes) Hay servicios adicionales disponibles que se pagan según un cuadro tarifario con descuento. ***Se podría requerir autorización previa.**	$0 de copago

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

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

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

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	✓	
Servicios prestados por los proveedores que figuran en la lista de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros (Office of Foreign Asset Control, OFAC)	✓	
Servicios que se prestan en la fecha de rechazo o restablecimiento de la reclamación sobre la lista de exclusión de los CMS de un proveedor, o entre estas fechas	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios que se prestan en las fechas de entrada en vigor y de finalización de la exclusión voluntaria de la lista de no participación de Medicare de un proveedor, o entre estas fechas		✓ Una organización de MA debe pagar por los servicios de emergencia o urgencia prestados por un médico o profesional que no haya firmado un contrato privado con el beneficiario.
Servicios que se prestan en las fechas de entrada en vigor y de finalización de la Oficina del Inspector General (Office of the Inspector General, OIG)/Sistema para la Administración de Donaciones (System for Award Management, SAM) de un proveedor, o entre estas fechas		✓ La OIG tiene una excepción limitada que permite el pago de los servicios de emergencia prestados por proveedores excluidos en determinadas circunstancias.
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
*El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de convalecencia, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Servicios de tareas domésticas que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Los cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
Atención dental		✓ Los servicios dentales se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
Atención quiropráctica de rutina	✓ Modalidades y radiografías	
Cuidado de rutina de los pies		✓ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos		✓ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Servicios auditivos	✓ El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes servicios: • Costo adicional por capacidad para recarga opcional de audífono • Moldes auditivos • Accesorios de audífonos • Consultas adicionales con proveedores • Baterías adicionales, baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no son de marca TruHearing • Costos relacionados con reclamos de garantía por pérdida o daños	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión deficiente.	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Cualquier tipo de pañal o ropa interior para la incontinencia, o protector absorbente, ya sea desechable o no		✓ (Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de beneficios médicos [productos de venta libre] para obtener más información).
Dispositivos o sistemas para la erección o la anticoncepción	✓	
Dispositivos de asistencia para la audición	✓	
Baterías o cargadores de baterías para respiradores o adaptadores de corriente de propiedad del paciente, cargadores y baterías usados como otras opciones de fuentes de energía eléctrica para equipos que funcionan con corriente alterna (alternate current, AC)	✓	
Productos no definidos como equipo médico duradero, que pueden incluir bolsas de agua caliente, tensiómetros, dispositivos de alcance/agarre, pelucas, equipo para hacer ejercicio, dispositivos de alerta o alarma, dispositivos para baño/bañera/inodoro, mesa de cama o accesorios, hidromasajes/bañera, equipos de sujeción y de seguridad	✓	

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

CAPÍTULO 5

Cómo utilizar la cobertura del plan paralos medicamentos con receta de la Parte D

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 118

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D ... 118

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D ... 118

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ... 119

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red ... 119

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red ... 119

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan ... 121

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? ... 122

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan? ... 123

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ... 124

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos ... 124

Sección 3.2 Hay cinco "niveles de costos compartidos" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos ... 125

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? ... 125

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos ... 126

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ... 126

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? ... 126

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? ... 127

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? ... 128

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera ... 128

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción? ... 129

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera demasiado elevado? ... 131

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? ... 132

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede modificarse durante el año ... 132

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando? ... 132

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? ... 134

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 134

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta ... 136

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro ... 136

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? ... 136

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 137

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su internación? ... 137

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC)? ... 137

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? ... 138

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? ... 139

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos ... 139

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura ... 139

Sección 10.2 Programa de gestión de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opioides ... 140

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos ... 141

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

El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **algunas partes de la información contenida en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D pueden no aplicarse a su caso.** Le hemos enviado un anexo por separado, llamado “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta”), también llamada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider”, (cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS) que describe la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este anexo, comuníquese con el Servicio de atención al cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** En el próximo capítulo se describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, **BayCare**Plus Premier también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre, generalmente, los medicamentos que le administran durante las internaciones cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se administran en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos: servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*), se explican los beneficios y costos de los medicamentos durante una internación cubierta en un hospital o un centro de enfermería especializada, así como los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

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

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona que emite recetas) que escriba su receta.

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

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

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre en qué casos cubrimos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

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

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (Member.**BayCare**Plus.org) o llamar al Servicio de

atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita adquirir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que otro proveedor le expida una nueva receta o que la receta sea transferida a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) o buscar en el *Directorio de farmacias/proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web Member.**BayCare**Plus.org.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

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

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias/proveedores* o llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con "NM" en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que pida un suministro de 90 días para medicamentos de los niveles 1 a 4 y un suministro de 30 días para medicamentos del nivel 5.

Para obtener información sobre cómo surtir medicamentos con receta por correo, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Por lo general, el pedido de la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Si se demora su pedido, póngase en contacto con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están en la portada posterior) y lo ayudarán a conseguir un suministro para corto plazo del medicamento.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todos sus medicamentos con receta ahora o en cualquier momento llamando a la farmacia MedImpact Direct Mail de forma directa al 1-855-873-8739.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando a la farmacia MedImpact Direct Mail de forma directa al 1-855-873-8739.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le

envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a la farmacia MedImpact Direct Mail al 1-855-873-8739.

Renovaciones de medicamentos con receta para pedido por correo. Por resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agoten sus medicamentos para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Asegúrese de incluir su número de teléfono en la sección indicada del formulario del pedido.

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

El plan ofrece dos maneras de obtener suministros a largo plazo (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en nuestra lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada). Puede solicitar este suministro mediante el servicio de pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores/farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con "NM" en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que pida un suministro de 90 días para medicamentos de los niveles 1 a 4 y un suministro de 30 días para medicamentos del nivel 5. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

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

- Si los medicamentos con receta están relacionados con la atención de emergencia o urgencia médica.
- Si no puede conseguir un medicamento cubierto en el debido tiempo dentro de nuestras áreas de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia en automóvil razonable que le proporcionen un servicio de 24 horas.
- Si está tratando de adquirir un medicamento con receta que no se encuentra disponible habitualmente en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia con servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos especiales y los de costo alto).
- Si se trata de uno de los medicamentos cubiertos que se pueden surtir y administrar en el consultorio de su médico.

En estos casos, **primero consulte con el Servicio de atención al cliente** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca de usted. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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

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

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

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*". En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la "Lista de medicamentos", para abreviar.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

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

- Esté aprobado por la FDA. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- -- *o* -- esté respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del servicio de formularios de hospitales estadounidenses (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.

Sección 3.2 Hay cinco "niveles de costos compartidos" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferida
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferida
- Nivel 5: medicamentos especializados (nivel más alto)

Para saber en qué nivel de gastos compartidos está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de gastos compartidos.

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

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente proporcionada de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (Member.**BayCare**Plus.org). La Lista de medicamentos en la página web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio de atención al cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**.” A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de

ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

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

Límites de cantidad

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

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) o visite nuestro sitio web (Member.**BayCare**Plus.org).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si el medicamento que usted debe tomar tiene alguna restricción, comuníquese con el Servicio de atención al cliente para obtener información sobre qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cinco diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de gastos compartidos en el que esté incluido su medicamento.

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

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de gastos compartidos que le significa un costo mayor al que usted piensa que le corresponde, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

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

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

Puede obtener un suministro temporal

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

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

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

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

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

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

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo inscrito en el plan el año pasado**. El total del suministro será por un máximo de 30 días. Si su receta médica está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días de suministro de medicamentos. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

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

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es aparte del suministro temporal antes mencionado.

- Los miembros que cambian de nivel de atención (entorno) estarán autorizados a recibir hasta un suministro de transición de 31 días por única vez por medicamento.

Por ejemplo, los miembros que estén en estas situaciones:

  - Ingresan en centros de atención a largo plazo (long-term care, LTC) desde hospitales a veces junto con una lista de medicamentos para el alta del formulario del hospital, y se tiene en cuenta una planificación a muy corto plazo (a menudo, menos de 8 horas).
  - Reciben el alta del hospital y van a su casa.
  - Finalizan su estadía de la Parte A de Medicare en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan regresar a su formulario del plan de la Parte D.
  - Finalizan una estadía en un centro de atención a largo plazo y vuelven a la comunidad.

Si un miembro cambia más de una vez de nivel de atención en un mes, el personal de la farmacia tendrá que llamar a BayCare Health Plans para solicitar una extensión de la póliza de transición.

Para pedir un suministro temporal, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

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

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de gastos compartidos inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de gasto compartido para que pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

Los medicamentos de nuestro nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de gasto compartido para los medicamentos en esta categoría.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede modificarse durante el año

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

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

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

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información al respecto en nuestra página web. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, señalamos las ocasiones en las que le avisaremos directamente si hay cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

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

Cambios que pueden afectarlo este año: En algunos casos que se presentan a continuación, encontrará las modificaciones que sufrirá la cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o bien, cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas posibilidades)**
  - Podemos quitar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a una categoría de gastos compartidos superior o agregarle nuevas restricciones, o ambas posibilidades.
  - Es posible que no le avisemos antes de hacer ese cambio, incluso si está tomando dicho medicamento de marca.
  - O usted o el prescriptor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.
  - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el cambio o los cambios específicos que hemos hecho. Esto incluye información sobre los pasos a seguir para realizar una solicitud de excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca. Es posible que no le avisemos antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos riesgosos y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se han quitado del mercado**
  - De vez en cuando, se puede retirar repentinamente un medicamento del mercado porque se ha descubierto que es peligroso o por cualquier otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está consumiendo tal medicamento, le informaremos sobre esta modificación de inmediato.
  - Su médico prescriptor también estará enterado de este cambio y podrá ayudarlo a encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos implementar otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma una vez que haya comenzado el año. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o modificar el nivel de costo compartido, agregar nuevas restricciones al medicamento de marca registrada o ambos. También podríamos efectuar modificaciones basadas en las advertencias del recuadro de la FDA o lineamientos clínicos nuevos reconocidos por Medicare. Debemos avisarle sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación, o avisarle sobre el cambio y

ofrecerle una reposición de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Después de recibir el aviso del cambio, debe consultar con su médico prescriptor para comenzar a tomar otro medicamento que sí cubramos.
- O usted o su médico prescriptor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.

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

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costos compartidos superior.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, a un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca o a otro cambio señalado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso, o lo que usted paga como su parte del costo, hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá notificaciones directas este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, a partir del 1 de enero del siguiente año, estos cambios sí lo afectarán; por eso es importante que revise la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para comprobar si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos los medicamentos que se incluyan en esta sección (salvo que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada). La única excepción es la siguiente: Que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos

tomado sobre no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este documento).

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

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

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se brinda más información).

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

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre (cobertura para medicamentos mejorada). Nuestro plan cubre cantidades limitadas de ciertos medicamentos genéricos orales usados para el tratamiento de la disfunción eréctil (erectile dysfunction, ED) en el nivel 2 de costos compartidos. Revise la Lista de medicamentos para saber si tiene algún tipo de restricción. El monto que paga cuando surte un medicamento con receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura catastrófica. (En la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento, se describe la Etapa de cobertura catastrófica).

Además, si está **recibiendo "Ayuda adicional" de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que por lo general no se cubren. (Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos del plan o llame al Servicio de atención al cliente. En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente). Sin embargo, si recibe cobertura para pagar medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro

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

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

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

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

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

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

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Cuando usted ingresa o reside en un centro de atención de enfermería especializada, o cuando sale de este, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cómo cancelar su membresía en el plan*, se indica cuándo puede dejar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores/farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

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

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

la Lista de medicamentos, o si el plan aplica algún tipo de restricción a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? Si la tiene, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**,” quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

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

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

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

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades peligrosas de analgésicos opiáceos

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

Sección 10.2 Programa de gestión de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a que nuestros miembros utilicen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que suelen usarse inapropiadamente. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted toma medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y necesario por motivos médicos. Si decidimos junto con sus médicos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener dichos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta de una o varias farmacias determinadas.
- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta de uno o varios médicos determinados.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubrimos para usted.

Si creemos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta con anticipación para explicarle las limitaciones que creemos que deben aplicarse. También podrá decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y brindarnos cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmarle la limitación. Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con la limitación o con nuestra decisión de que está en riesgo de usar sus medicamentos con receta de manera inapropiada, usted y su médico prescriptor tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si aun así denegamos 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 sin ninguna vinculación con el plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Es posible que el DMP no se aplique a su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, si recibe cuidados paliativos o terminales o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM).

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

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 145

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos ... 145

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que tal vez tenga que pagar por los medicamentos cubiertos ... 146

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que se encuentre en el momento de obtener el medicamento ... 146

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de BayCarePlus Premier? ... 146

SECCIÓN 3 Le enviamos informes para explicarle los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra ... 148

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D") ... 148

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos ... 149

SECCIÓN 4 No hay ningún deducible para BayCare Plus Premier **... 150**

Sección 4.1 Usted no paga deducible por los medicamentos de la Parte D. ... 150

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte ... 150

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del tipo de medicamento y de dónde lo obtiene ... 150

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento ... 151

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo ... 153

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por un suministro *a largo plazo* (90 días) de un medicamento ... 153

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos alcancen $4130 en el año ... 155

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga hasta el 25% de los costos de los medicamentos genéricos 156

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $6550..... 156

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta..... 156

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 159

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 159

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene..... 159

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura aparte para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna..... 159

Sección 8.2 Usted puede llamar al Servicio de Atención al Cliente antes de administrarse una vacuna 161

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

El programa "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **algunas partes de la información contenida en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D pueden no aplicarse a su caso.** Le hemos enviado un anexo por separado, llamado "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta"), también llamada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider", (cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS) que describe la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este anexo, comuníquese con el Servicio de atención al cliente y pida la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros, por ley, se excluyen de la cobertura de Medicare.

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

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, la denominamos "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
  - También le indica en cuál de los "niveles de costos compartidos" se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.

- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en Member.**BayCare**Plus.org. La Lista de medicamentos en la página web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este documento.** En el Capítulo 5, se proporciona información detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. También se indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de proveedores/farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). En el *Directorio de proveedores/farmacias*, encontrará una lista de las farmacias de la red del plan. Allí también se indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento con receta (por ejemplo, un suministro para tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que tal vez tenga que pagar por los medicamentos cubiertos

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

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

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que se encuentre en el momento de obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de **BayCare**Plus Premier?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago de los medicamentos" para su cobertura para medicamentos con receta según **BayCare**Plus Premier. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un

medicamento con receta o un resurtido. Tenga presente que es su responsabilidad pagar la prima mensual del plan sin falta, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Etapa 1 *Etapa de deducibles anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *etapa de cobertura catastrófica*
Debido a que el plan no exige el pago de un deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Comienza en esta etapa cuando le surten su primera receta médica del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**. Permanece en esta etapa hasta que los **"costos totales de los medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de $4130. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	En esta etapa, usted debe pagar el 25% del precio de los medicamentos de marca (además de una parte de la tarifa de dispensación) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los **"costos de su bolsillo"** del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de $6550. Esta suma y las normas para considerar los costos para esta suma han sido establecidas por Medicare. (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

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

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

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces denominado "EOB de la Parte D") cuando usted haya obtenido uno o más medicamentos con receta por medio del plan durante el mes anterior. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada a dar recetas sobre estas opciones de costos más bajos. Aquí encontrará lo siguiente:

- **Información de ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. En él se detalla el costo total de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Indica el costo total de los medicamentos y todos los pagos por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información muestra los aumentos porcentuales acumulados para las reclamaciones de medicamentos recetados.
- **Disponibilidad de otros medicamentos con receta más económicos.** Incluye información sobre otros medicamentos con un costo compartido más bajo que puedan estar disponibles para las reclamaciones de medicamentos con receta.

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

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

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

impresos en la portada posterior de este documento). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay ningún deducible para BayCarePlus Premier

Sección 4.1 Usted no paga deducible por los medicamentos de la Parte D.

No hay ningún deducible para **BayCare**Plus Premier. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura durante la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del tipo de medicamento y de dónde lo obtiene

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

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferida
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferida
- Nivel 5: medicamentos especializados (nivel más alto)

Para saber en qué nivel de gastos compartidos está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de:

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

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

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

En la etapa de cobertura inicial, su parte del costo por un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

- El **"copago"** es un monto fijo que debe pagar cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **"coseguro"** es un porcentaje del costo total que debe pagar cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de gastos compartidos en el que esté el medicamento que necesita. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si los costos del medicamento cubierto son menores que el monto de copago que figura en la tabla, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento o el monto del copago, el que sea menor.

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

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

	Gastos compartidos minorista estándar (dentro de la red) (Hasta un suministro de 30 días)	**Gastos compartidos por pedido por correo** (Hasta un suministro de 30 días)	**Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (Hasta un suministro de 31 días)	**Gastos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener los detalles). (Hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de gastos compartidos (medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	Un suministro por 30 días no está disponible para pedido por correo.	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de gastos compartidos (medicamentos genéricos)	$0 de copago	Un suministro por 30 días no está disponible para pedido por correo.	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 3 de gastos compartidos (medicamentos de marca preferida)	$35 de copago	Un suministro por 30 días no está disponible para pedido por correo.	$35 de copago	$35 de copago
Nivel 4 de gastos compartidos (medicamentos de marca no preferida)	$85 de copago	Un suministro por 30 días no está disponible para pedido por correo.	$85 de copago	$85 de copago
Nivel 5 de gastos compartidos (Especializado)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro

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

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

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el monto que pague será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “gasto compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
    - Por ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es de $30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

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

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

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

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

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

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si los costos del medicamento cubierto son menores que el monto de copago que figura en la tabla, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento o el monto del copago, el que sea menor.

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

	Gastos compartidos minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	**Gastos compartidos por pedido por correo** (suministro de 90 días)
Nivel 1 de gastos compartidos (Genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de gastos compartidos (Genéricos)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 3 de gastos compartidos (Marca preferida)	$105 de copago	$95 de copago
Nivel 4 de gastos compartidos (Marca no preferida)	$255 de copago	$245 de copago
Nivel 5 de gastos compartidos (Especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del nivel 5

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos alcancen $4130 en el año

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue **al límite de $4130 para la Etapa de cobertura inicial**.

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

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Incluye lo siguiente:
  - El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2021, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial o el total de los costos que paga de su bolsillo.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, gastaron en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4130 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto de $4130. Si alcanza este monto, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga hasta el 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $6550

Cuando está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuento de la brecha en la cobertura de Medicare proporciona descuentos en medicamentos de marca registrada. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación para medicamentos de marca registrada. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se considera para los gastos de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y el 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En 2021, ese monto es $6,550.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gstos que paga de su bolsillo. Cuando usted alcanza un límite de gastos de su bolsillo de $6550, usted pasa de la Etapa del Período sin Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta

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

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

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa de cobertura inicial
  - Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los gstos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas.** Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA o por el Servicio de asistencia médica indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $6550 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

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

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

- El monto que paga por la prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos que haga por medicamentos con receta no están cubiertos, en general, en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los gastos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame al Servicio de Atención al Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

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

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los gstos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $6550 en el año, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

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

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando el monto de costos de su bolsillo ha alcanzado el límite de $6550 en el año calendario. Una vez que está en la etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  - el coseguro del 5% del costo del medicamento
  - –*o*– $3.70 para un medicamento genérico o un medicamento que se considere como un genérico y $9.20 para los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

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

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

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

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

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

¿Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D?

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

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

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

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

Para mostrar cómo funciona, aquí le brindamos tres maneras comunes en las que puede obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del período sin cobertura de su beneficio.

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

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

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces podrá pedirle al plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este documento (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos*

corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos).

- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida su administración).

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

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

Sección 8.2 Usted puede llamar al Servicio de Atención al Cliente antes de administrarse una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que nos llame primero al Servicio de Atención al Cliente cuando esté planeando vacunarse. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

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

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 164

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 164

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 166

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 166

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 167

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 167

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 168

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 168

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 168

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama "reembolso"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. **Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de atención primaria urgente de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

   - Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
   - Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto del gasto compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su gasto compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso.

Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con

receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web Member.**BayCare**Plus.org o llame al Servicio de atención al cliente y pida el formulario. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

BayCare Health Plans
P.O. Box #3710
Troy, MI 48007

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención médica o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como "apelación" Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los gstos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio

A veces, cuando está en la Etapa del período sin cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es menor que el nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si usted está en la Etapa del período sin cobertura, podemos no pagar ninguna parte de estos costos de medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los gastos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica.

2. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los gastos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica.

Debido a que no está solicitando un pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 172

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) 172

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 172

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal 173

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 175

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 176

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 178

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 179

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 179

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 180

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 180

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en sistema braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. También podemos proporcionarle información en sistema braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Si tiene dificultades para obtener la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, presente una queja por escrito a:

A/A: Grievance
BayCare Health Plans
P.O. Box 3710
Troy, MI 48007

También puede presentar un reclamo ante Medicare mediante un llamado a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Se incluye la información de contacto en esta Evidencia de Cobertura o con esta correspondencia, o puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you

information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please file a grievance in writing by contacting us at:

Attn: Grievance
BayCare Health Plans
P.O. Box 3710
Troy, MI 48007

You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Customer Service for additional information.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 contiene más detalles sobre este tema). Llame al Servicio de Atención al Cliente para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una derivación.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este documento le explica lo que puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 4 se le explica lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su "información médica personal" incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina "Notice of Privacy Practice" (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información médica a otra persona que no le brinda atención médica ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo.* El permiso por escrito puede darlo usted o alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información médica a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención médica.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

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

Como miembro de **BayCare**Plus Premier, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de proveedores y farmacias en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores/farmacias*.
    - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Servicios de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) o visitar nuestro sitio web en Member.**BayCare**Plus.org.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este documento, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
    - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este documento y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).* Estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, describen qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
    - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este documento. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otros asuntos).
  - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este documento.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender.*

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente del precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir "no"**. Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención médica.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este documento indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan "**directivas anticipadas**". Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el "**testamento vital**" y el "**poder de representación para la atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar directivas anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedir los formularios (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario al médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que

tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención médica ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si usted ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico o un hospital no han seguido las instrucciones brindadas en la directiva, usted podrá presentar un reclamo ante la siguiente institución:

Florida
Agency for Healthcare Administration
2727 Mahan Dr.
Tallahassee, FL. 32308
(888) 419-3456
TTY: 1-800-955-8771

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención médica o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no lo han tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
  - Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare). (Esta publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice este documento de *Evidencia de cobertura* para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir, y lo que paga.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo. Llame al Servicio de Atención al Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
    - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina **"coordinación de beneficios"** porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe poseer la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Esto puede ser un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 tiene información sobre lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
  - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted**.**

- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y los horarios en las que puede llamar al Servicio de Atención al Cliente están impresos en la portada posterior de este documento.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 187
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud ... 187
Sección 1.2 Acerca de los términos legales ... 187

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros ... 188
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ... 188

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? ... 189
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? ... 189

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES ... 190

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones ... 190
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general ... 190
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación ... 191
Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación? ... 192

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 192
Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica ... 193
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) ... 194
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) ... 198
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 ... 202
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? ... 204

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 205

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 206

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 208

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 210

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 210

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 214

Sección 6.6 Paso a paso: Como hacer una apelación de Nivel 2 217

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto 220

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 220

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 222

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 225

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?226

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 229

Sección 8.1 *Esta sección solo se refiere a tres servicios:* atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) 229

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 230

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más largo 231

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más largo 233

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?234

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y los niveles siguientes 237

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 237

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D..... 239

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 240

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 240

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 241

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer un reclamo” 242

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de quejas..... 243

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la Mejora de la Calidad 244

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 245

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar un reclamo” en vez de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información apropiadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP).** Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo: **"Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes."**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de Revisión Independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. En otros casos, deberá pedir una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
  - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante", para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) y pida el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en Member.**BayCare**Plus.org. El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la

persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de recomendación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP (la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento tiene los números de teléfono para este programa).

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).* Para simplificar, en general, hablamos de "cobertura para atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos". El término "atención médica" incluye elementos y servicios médicos y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las reglas de los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas de los elementos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.

4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF),** debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto.*

- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un CORF.

Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**.
Si le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si desea pedirle a nuestro plan que le reembolse el dinero de cierta atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Consulte la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **“determinación de la organización”.**

Paso 1: usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida".

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina una **"decisión acelerada"**.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección que se denomina *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **por un elemento o servicio médico.** Si su solicitud es de un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** luego de haber recibido su solicitud.

- **No obstante,** para una solicitud **de un elemento o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores que no pertenecen a la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas si se trata de un elemento o servicio médico**. **Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
  - **No obstante,** para una solicitud **de un elemento o servicio médico podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores que no pertenecen a la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos ni bien tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido).
  - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico le dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le dirá que si su médico le pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un "reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una "decisión de cobertura rápida"

- En general, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de un elemento o servicio médico, le daremos una respuesta **en el plazo de 72 horas**. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo al final de ese período) o 24 horas y su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite para una "decisión de cobertura estándar"

- En general, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un elemento o servicio médico, le daremos una respuesta **en el plazo de 14 días calendario luego de haber recibido su solicitud.** Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** luego de haber recibido su solicitud.
  - Para un elemento o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta a su queja en un plazo de

24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

- Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período) o 72 horas y su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección que se denomina *Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D*.

- **Si usted solicita una apelación estándar, preséntela por escrito enviando una solicitud.**
  - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". 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 Member.**BayCare**Plus.org. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, hágalo por escrito o por teléfono** llamando al número que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que presenta tarde su apelación cuando haga la apelación. Podríamos darle más tiempo para realizar la apelación. Ejemplos de una causa justificada para haber excedido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud telefónica)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos límite para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un elemento o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos límite para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre su solicitud de un elemento o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un elemento o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales para su solicitud de un elemento o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es de un elemento o servicio médico o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas en el momento en el que rechazamos su apelación, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente.** Cuando lo hacemos, significa que su apelación va al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE".**

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa el trabajo de esa organización.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una "apelación rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación rápida" en el Nivel 2.

- Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es de un elemento o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recabar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Si solicita una elemento o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un elemento o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recabar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un elemento o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares o en el plazo de 72 horas de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en controversia en un plazo de **72 horas** después de que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares** o en un plazo de **24 horas** desde la fecha que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

- Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este documento: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]).* También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este documento: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a haber *rechazado* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones "medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura".**

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como:
    - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
    - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).

  - Solicitarnos pagar un monto de gastos compartidos menor por un medicamento cubierto en un nivel de gastos compartidos mayor
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario]* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos", para abreviar).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al Formulario".**

   - Si acordamos realizar una excepción y cubrimos un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto del costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto**. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **"excepción al Formulario".**

   - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:

- *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").
- *Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "terapia progresiva").
- *Límites de cantidad*. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de gastos compartidos inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de gastos compartidos, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción del nivel".**

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para su condición médica que se encuentran en un nivel de gastos compartidos más bajo que su medicamento, puede pedirnos que cubramos el medicamento por el monto de gastos compartidos que corresponde al medicamento alternativo. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de gastos compartidos que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de gastos compartidos que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de gastos compartidos que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas tanto de marca como genéricas para tratar su afección.

- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y existe más de un nivel de gasto compartido inferior con medicamentos alternativos que usted no puede consumir, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de gastos compartidos más bajos no funcionen igual para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre el medicamento o los medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una "decisión

de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Para obtener los detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección que se denomina *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D*. O, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.*
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este documento: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7 se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos "declaración de respaldo"). Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, el cual está disponible en nuestra página web.
- Además, las solicitudes pueden presentarse electrónicamente mediante el formulario seguro de solicitud en línea para determinación de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare que se encuentra en nuestro sitio web en Member.**BayCare**Plus.org, en la pestaña Documents (Documentos).

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina una **"determinación de cobertura acelerada".**

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
    - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a *un medicamento que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
    - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura de rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
    - En esta carta se le dirá que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
    - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar un "reclamo rápido", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar un reclamo es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Evaluamos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
    - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas.**
    - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **brindarle la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una **"redeterminación".**

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
    - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo postal, o en nuestro sitio web por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección que se denomina *Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.*

- **Si usted solicita una apelación estándar, hágala presentando una solicitud por escrito.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, el cual está disponible en nuestra página web.
- Además, las solicitudes pueden presentarse electrónicamente mediante el formulario seguro de solicitud en línea para determinación de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare que se encuentra en nuestro sitio web en Member.**BayCarePlus**.org, en la pestaña Documents (Documentos).
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada para haber excedido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
    - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
    - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”.**

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas

cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una "apelación rápida".
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

- Si usted solicita que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibimos su solicitud.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Como hacer una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE".**

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta

apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.

- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos límite para la "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos límite para la "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.
    - **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**

- Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención médica que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **"fecha del alta".**
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos).* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención médica) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). O llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención médica que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche del día de su**

alta. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).

- Si usted cumple con este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
- Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención médica hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que realice una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta".** Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención médica hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se denomina “confirmar la decisión”.

- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado adjudicador revisa su apelación
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que ocurra primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina **“apelación acelerada”**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo contactarnos para presentar una apelación por sus medicamentos con receta de la Parte D*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención médica hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas en el momento en el que rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Si hacemos esto, significa que usted pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE".**

Paso 1: enviaremos automáticamente su caso a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa el trabajo de esa organización.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de la atención médica hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.

- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección solo se refiere a tres servicios:* atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Esta sección hace referencia a los siguientes tipos de atención médica *solamente*:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- Atención de enfermería especializada que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención médica, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención médica, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación

de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención médica, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención médica, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención médica.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica.
   - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención médica.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención médica, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **"apelación rápida".** Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 8.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación acelerada). El aviso escrito se denomina **"Aviso de no cobertura de Medicare".**

2. **Deberá firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención médica.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención médica durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). O llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención médica que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación acelerada” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso por escrito se denomina **"Explicación detallada de no cobertura".**

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.** Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención médica en la fecha que figura en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención médica.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención médica después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más largo

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención médica una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención médica después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si se rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado adjudicador revisa su apelación
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo contactarnos para presentar una apelación por sus medicamentos con receta de la Parte D*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación

Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención médica usted mismo.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas en el momento en el que rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Si hacemos esto, significa que usted pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE".**

Paso 1: enviaremos automáticamente su caso a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa el trabajo de esa organización.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado adjudicador revisa su apelación
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y los niveles siguientes

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**Un juez (denominado juez administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, *es posible* que el proceso de apelación se termine.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o el abogado adjudicador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4:	El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5:	Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**Un juez (denominado juez administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Juez administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede "presentar un reclamo"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención médica que ha recibido (incluida la atención médica en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicio de Atención al Cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O por nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Carácter oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar un reclamo. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar un reclamo" es "interponer un reclamo"

Términos legales
• En esta sección, una **"queja"** también se denomina **"reclamo".** • Otro término para **"presentar un reclamo"** es **"interponer un reclamo".** • Otra forma de decir **"usar el proceso para quejas"** es **"usar el proceso para interponer un reclamo".**

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de quejas

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo que necesite hacer, Servicio de Atención al Cliente se lo indicará. Llame gratis al (866) 509-5396, (solo los usuarios de TTY, llamar al 711). Estamos a su disposición para recibir llamadas telefónicas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Usted debe enviarnos su reclamo en el plazo de 60 días después del evento o incidente.** Debemos tratar su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero antes de los 30 días después de haber recibido su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y si la demora es para su beneficio. Si le interesa una revisión de la queja acelerada debido a que el plan rechazó su solicitud para una apelación o determinación organizativa inicial acelerada, el plan le proporcionará una respuesta verbal en el plazo de 24 horas seguida de una respuesta escrita en el plazo de 3 días.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicio de Atención al Cliente inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

- **Si presenta un reclamo porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos un "reclamo rápido".** Si se le ha concedido un "reclamo rápido", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales
En esta sección, un **"reclamo rápido"** también se denomina **"reclamo acelerado".**

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la Mejora de la Calidad

Usted puede realizar un reclamo sobre la calidad de la atención médica que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención médica*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
    - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
    - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este

documento. Si presenta un reclamo a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.

- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar un reclamo sobre **BayCare**Plus Premier directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción ... 248

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan ... 248

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ... 248

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual ... 248

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage ... 249

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial ... 250

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? ... 251

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ... 252

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan ... 252

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ... 253

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan ... 253

SECCIÓN 5 BayCare Plus Premier **debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones ... 254**

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? ... 254

Sección 5.2 *No podemos* pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud ... 255

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan ... 255

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en **BayCare**Plus Premier puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como “Período de Inscripción Abierta Anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan médico de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - O bien, Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Si usted recibe "ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se pasa a Medicare Original 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 optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 o más días consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuál es el Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage?** Todos los años entre el 1 de enero y el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage?** Durante ese tiempo, puede:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Cancelar su inscripción de nuestro plan y obtener cobertura mediante Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En determinadas situaciones, los miembros de **BayCare**Plus Premier pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

- **¿Quién es elegible para un Período de Inscripción Especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted es elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si rompemos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención médica en una institución, como un centro de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan médico de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - O bien, Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.

- **Si usted recibe "ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se pasa a Medicare Original 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 optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2021*** (Medicare y Usted 2021).
  - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia desde la página web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Medicare original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
- O bien, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan médico de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare. Su inscripción en **BayCare**Plus Premier se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en **BayCare**Plus Premier se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Medicare original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. ○ **Nota:** Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 o más días consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en **BayCare**Plus Premier se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja **BayCare**Plus Premier, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 **BayCare**Plus Premier **debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones**

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

BayCarePlus Premier **debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio de Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Sección 5.2 *No podemos* pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

BayCarePlus Premier No está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede interponer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 258

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 258

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... 259

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de no asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, llámenos a Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), **BayCare**Plus Premier, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan médico acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia. Servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red consigue una "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red consigue una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud en el hogar: un asistente de salud en el hogar brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención de la salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Cantidad de Ajustes Relacionada con los Ingresos Mensuales (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierto monto, pagará la suma prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo extra agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Centro de Atención de Enfermería Especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: es la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es el seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por el servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los gastos por los medicamentos con receta y servicios. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos compartidos estándares: los costos compartido estándares son los costos compartidos que no son los costos compartidos preferidos que ofrece una farmacia de la red.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de "gastos compartidos" anterior. El requisito de gastos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que el miembro "paga de su bolsillo".

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención médica personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "decisiones de cobertura" en este documento. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son los dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales;

y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetados por un médico para usar en el hogar.

Etapa de cobertura catastrófica: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $6550 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen $4130.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de gastos compartidos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del gasto compartido permitido del plan. Como miembro de **BayCare**Plus Premier, solo tiene que pagar los montos del gasto compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más del monto del gasto compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un

contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gasto compartido diario: es posible que se aplique un "gasto compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El gasto compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "gasto compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

Gastos compartidos: los gastos compartidos se refieren a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El gasto compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos o (3) cualquier monto de "coseguro" que corresponde pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que el plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos. Es posible que se aplique un "gasto compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Hospicio: una persona inscrita con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas,

están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamentos que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos"): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare Original ("Medicare Tradicional" o Medicare "con Pago por Servicio"): el plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes

Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en Estados Unidos.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, a algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y a personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura de atención médica de Medicare a través de Medicare original o un Plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cincos niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la forma en que Medicare Original mide el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención médica para pacientes internados en un hospital (o atención médica especializada en un SNF) durante 60 días

consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura mediante Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible durante un período de 3 meses después de que el individuo es elegible por primera vez para tener Medicare.

Período de Inscripción Anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original. El Período de Inscripción Anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de Inscripción Especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de convalecencia o si infringimos nuestro contrato con usted.

Período de Inscripción Inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El gasto compartido por el miembro será normalmente superior cuando se reciban los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los gastos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los gastos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP): un plan de necesidades especiales que inscribe a personas calificadas que residen continuamente o se espera que lo hagan durante 90

días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de atención a largo plazo pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR); y/o centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Para que un plan institucional de necesidades especiales brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de atención a largo plazo, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan Institucional Equivalente de Necesidades Especiales (SNP): un plan institucional de necesidades especiales que inscribe a personas calificadas que residen en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF), si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan médico de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan médico de Medicare: plan médico de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los programas piloto/de demostración y los Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los "períodos sin cobertura" de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan médico para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la etapa del período sin cobertura y que aún no estén

recibiendo "ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

Proveedor de Atención Primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor del plan: "proveedor" es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este documento se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para "presentar un reclamo" es "interponer un reclamo". El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nosotros o alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención médica. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicio de Atención al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio de Atención al Cliente, consulte el Capítulo 2.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia que requiera atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Suma máxima que paga de su propio bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario, para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que usted paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener mayor información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Terapia progresiva: una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

LLAME Número gratuito (866) 509-5396
Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y los días feriados. Deje un mensaje y se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablan inglés.

TTY 711
Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y los días feriados. Deje un mensaje y se le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

FAX (877) 832-5757

ESCRIBA A BayCare Health Plans | P.O Box #3710 | Troy, MI 48007
customerservice@baycarehealthplans.org

SITIO WEB Member.BayCarePlus.org

PROGRAMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOBRE SEGUROS MÉDICOS

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre los seguros médicos locales a los beneficiarios de Medicare.

SHINE - Información de contacto

LLAME Número gratuito (800) 963-5337
TTY (800) 955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A 4040 Esplanade Way | Suite 270 | Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB FloridaShine.org

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA PRA

De conformidad con la Ley de la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer | Mail Stop C4 26-05 | Baltimore, Maryland 21244-1850