Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos). Esta llamada es gratuita.

Este plan, BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO), es ofrecido por Baylor Scott & White Insurance Company, una subsidiaria de Baylor Scott & White Health Plan. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Baylor Scott & White Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Esta información está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande).

Los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas que han sido afectadas con al menos 30 días de antelación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- Su prima del plan y su costo compartido;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda adicional; y
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

H2032_002-25EOC_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Evidencia de cobertura de 2025

Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del plan 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 19

SECCIÓN 1 Contactos de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicio al Cliente) 20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 24
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 25
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 26
SECCIÓN 5 Seguro Social 27
SECCIÓN 6 Medicaid 28
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 29
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 32
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 33

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos* 34

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 35
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica 36
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 40
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 42
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 43

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 45
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 46

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* 48

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 49
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 51
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 124

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 130

SECCIÓN 1 Introducción 131
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 131
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 135
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 138
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 139
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 142
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 145
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta 146
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 146
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos 148

CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* 151

SECCIÓN 1 Introducción 152
SECCIÓN 2 El precio que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento 155
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 155
SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 157
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 158
SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D 163

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga.....163

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* 166

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....167

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió 170

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....171

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 172

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 173

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....180

CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 182

SECCIÓN 1 Introducción 183

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 183

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 184

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....185

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 188

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....196

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto 207

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 213

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....217

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 220

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 224

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan 225

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 225

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....228
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 229
SECCIÓN 5 BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....229

CAPÍTULO 11: *Avisos legales*..... 231

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....232
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....232
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 232

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes*..... 233

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO), que es un plan PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO (PPO significa Preferred Provider Organization, Organización de proveedores preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía 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 Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener su atención médica y sus medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios 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 BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año 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 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)

BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) se encuentra disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Colorado, Coryell, Erath, Falls, Fayette, Freestone, Gillespie, Gonzales, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, McLennan, Madison, Milam, Mills, Navarro, Robertson, San Saba, Somervell, Washington, y Williamson.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 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 BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de miembro 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 deberá 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 vez de la tarjeta de membresía de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados "ensayos clínicos".

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros proveedores actuales de la red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta. Para obtener información más específica, consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com/Medicare.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (electrónicamente o en formato impreso) a través de Servicio al Cliente. Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias* BSWHealthPlan.com/Medicare figuran las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no pertenecen a la red del plan.

El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicio al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web BSWHealthPlan.com/Medicare.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Esta lista indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO). 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 BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (BSWHealthPlan.com/Medicare) o llamar a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene alguna duda sobre estas primas, consulte en su copia del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025) la sección titulada *2025 Medicare Costs* (Costos de Medicare de 2025). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura 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 u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. "Cobertura acreditable para medicamentos con receta" 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 la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO), le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo sin una cobertura acreditable por menos de 63 días consecutivos.
- Ha obtenido una cobertura acreditable para medicamentos por medio de otra fuente, tal como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE, o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se inscribe, en el futuro, en un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Todo aviso deberá indicar que contaba con una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura acreditable para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan tendrá en cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes en el 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 2025, el monto promedio de la prima será de $36.78.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $36.78, que es igual a $5.1492. Y se redondea en $5.15. Este monto 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.
- 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, incluso si cambia 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 reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare para las personas que cumplen 65 años.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de sus primas del plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figura en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto supera una determinada cantidad, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que deba pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

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. 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 pague su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de 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. Si usted no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

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

Sección 4.5 Monto del Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará su prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagarlos en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe por cualquier medicamento con receta que adquiera, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses restantes en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se indican en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas para pagar su multa

Existen cinco formas de pagar la multa.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede enviar su pago por correo a:
Baylor Scott & White Health Plan
PO Box 846035
Dallas, TX 75284-6035

Puede pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D por correo con un cheque personal, cheque de cajero o giro postal. Actualmente, Baylor Scott & White Health Plan no cobra una tarifa por cheque sin fondos. Avisaremos a todos los miembros si esta política cambia.

- Haga el cheque/giro postal a nombre de Baylor Scott & White Health Plan.
- Incluya su identificación de miembro en su pago.
- Incluya el cupón de pago que se adjuntó a su factura.
- Envíe su pago al menos cinco días hábiles antes de la fecha de vencimiento para garantizar que se contabilice a tiempo.
- Envíe su pago a la dirección que figura en su factura.

Los pagos de la multa por inscripción tardía de la Parte D vencen el día 1 de cada mes. Los cheques deben hacerse a nombre de Baylor Scott & White Health Plan y no de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ni del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS).

Opción 2: Puede pagar mediante deducciones automáticas de cuentas bancarias

En lugar de pagar con cheque, puede elegir que su multa por inscripción tardía de la Parte D se debite automáticamente de su cuenta bancaria. Las deducciones de cuenta bancaria se hacen entre el día 4 y 9 de cada mes. Puede visitar nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com/Medicare, para acceder al formulario de Compromiso de pago de la prima (Commitment to Pay Premium, CPP) y efectuar o configurar pagos mensuales.

Opción 3: Puede pagar en línea

Los pagos en línea o pagos electrónicos (E-Pay) pueden efectuarse a través de nuestro portal para miembros en BSWHealthPlan.com/Medicare. Tendrá que crear una cuenta individual para iniciar sesión. Una vez creada, haga clic en “Make a Payment” (Efectuar un pago) y siga los pasos. El pago puede efectuarse con tarjeta de crédito o cuenta bancaria. También se dispone de una opción para programar pagos recurrentes.

Opción 4: Puede pagar por teléfono

Puede efectuar un pago con cuenta bancaria o tarjeta de crédito por teléfono llamando al (844) 722-6252. Tenga a mano su número de cuenta bancaria/número de ruta o la información de su tarjeta de crédito porque se le pedirá que lo ingrese.

Opción 5: Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este folleto).

Puede cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D.

Si decide cambiar la forma en la que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, 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 multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto para analizar sus opciones de pago y el procedimiento para cambiar esa opción.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Nuestra oficina debe recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D antes del día 1 del mes. Si no hemos recibido su pago antes del día 10 del mes, le enviaremos un aviso en el que le informaremos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos su pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada en un plazo de dos meses calendario. Si se le exige 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 su multa por inscripción tardía de la Parte D dentro del plazo establecido, comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar si podemos recomendarle programas que lo ayuden con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, Original Medicare le brindará su cobertura médica. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura acreditable para medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos continúe debiendo la multa que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que usted adeuda. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, puede presentar una queja (también llamada reclamo). Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de haber quejas, volveremos a considerar nuestra decisión. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar una queja. O puede llamarnos al 1-866-334-3141 del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

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

No. No se nos permite modificar el monto que cobramos por la 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.

Sin embargo, en algunos casos, puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía adeudada o tener que comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir 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 actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la "Ayuda adicional", es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional".

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan.

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 costo compartido. 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 médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si se produce algún cambio en esta información, llame a Servicio al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

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. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicio al Cliente. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten 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.

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 paga primero 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 por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 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 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- 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 o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)
(cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicio al Cliente)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos). Servicio al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
ESCRIBA A	Baylor Scott & White Health Plan Customer Service 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	BSWHealthPlan.com/Medicare

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D

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

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	**Servicio médico:** 1-866-334-3141 **Parte D*:** 1-833-502-3340 (Capital Rx) Las llamadas a estos números son gratuitas. **Servicio médico:** Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos). **Parte D*:** Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	**Servicio médico:** 711 **Parte D*:** 711 (Capital Rx) Las llamadas a este número son gratuitas. **Servicio médico:** Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos). **Parte D*:** Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	**Parte D*:** 1-833-434-0563 (Capital Rx)

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	**Servicio médico:** Baylor Scott & White Health Plan Appeals and Grievances 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502 **Parte D*:** Decisiones de cobertura: Capital Rx Attention Prior Authorization 9450 SW Gemini Drive, #87234 Beaverton, OR 97008 Apelaciones: Capital Rx Attention Appeals Department 9450 SW Gemini Drive, #87234 Beaverton, OR 97008
SITIO WEB	**Servicio médico y Parte D*:** BSWHealthPlan.com/Medicare

* Las solicitudes de cobertura (determinaciones de la organización) relacionadas con monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM), tiras reactivas para la diabetes o medidores de glucosa en sangre de una farmacia también deben enviarse a Capital Rx utilizando la información de contacto anterior.

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).

Método	Quejas sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
ESCRIBA A	Baylor Scott & White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (tal como la factura de un proveedor) que usted considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
ESCRIBA A	**Servicio médico:** Baylor Scott & White Health Plan P.O. Box 211342 Eagan, Minnesota 55121-1342 **Parte D:** Capital Rx Attn: Claims 9450 SW Gemini Drive, Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008
SITIO WEB	**Solicitudes de servicio médico y de la Parte D:** BSWHealthPlan.com/Medicare

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos 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 a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados "CMS"). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare (Medicare Eligibility Tool):** Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder):** 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.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán junto a usted. Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (Texas Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas respecto de Medicare, a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DEL SHIP] en el centro de la página).
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP): información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin, Texas 78714
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama "Acentra Health" (anteriormente conocida como KEPRO).

Acentra Health está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Acentra Health:

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

Método	Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 Días de semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y días festivos: de 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, Florida 33609
SITIO WEB	Acentra Health BFCC-QIO (acentraqio.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 enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. 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 se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **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 (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-800-252-8263 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services North Austin Complex P.O. Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
SITIO WEB	http://hhs.texas.gov

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

El sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de asistencia que se describen a continuación.

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 costos que paga de su bolsillo.

Si usted reúne los requisitos para la "Ayuda adicional" de Medicare en forma automática, le enviaremos una carta por correo. No tendrá que aplicar. Si usted no reúne los requisitos de forma automática, puede obtener "Ayuda adicional" para pagar sus primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado. (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 cuenta con un proceso para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, proporcionárnosla.

- Si está surtiendo su receta y considera que su nivel de copago es más alto de lo que corresponde a su estado de elegibilidad, proporcione a su farmacia una copia de cualquier documentación que tenga que indique su estado de copago más bajo. Su farmacia puede llamar al Servicio de asistencia de farmacia al 1-844-230-9357. Se le pedirá a su farmacia que envíe por fax pruebas que demuestren su elegibilidad para un estado de costo compartido/copago más bajo a Baylor Scott & White Health Plan al 1-254-298-3334.
- 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 Servicio al Cliente.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen asistencia para pagar las recetas, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga en primer término.

¿Qué ocurre si tiene "Ayuda adicional" y 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 tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también se encuentran incluidos en el formulario del ADAP, califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP).

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen un comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al encargado de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de

elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En Texas, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica son el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) y el Programa para la salud renal (Kidney Health Care Program, KHC) de Texas.

Método	**Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP): información de contacto**
LLAME AL	1-800-255-1090 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas HIV Medication Program P.O. Box 149347 MC 1873 Austin, Texas 78714
SITIO WEB	http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm

Método	**Programa para la salud renal (KHC) de Texas: información de contacto**
LLAME AL	1-800-222-3986 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Kidney Health Care Program (KHC) Mail Code 1938 P.O. Box 149030 Austin, Texas 78714-9947
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que se combina con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayuda a ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.** La "Ayuda adicional" de Medicare y la ayuda del SPAP y del ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, son más convenientes que la participación en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros reúnen los requisitos para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos y planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para determinar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-833-502-3340 (Capital Rx) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana. Servicio al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
ESCRIBA A	Capital Rx Attn: M3P Elections 9450 SW Gemini Drive Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008-7105
SITIO WEB	https://www.enrollment.cap-rx.com/BSW_Medicare

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

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 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. Si tiene alguna

pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicio 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 o pareja de hecho). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare 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 o pareja de hecho), 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.

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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, equipos, medicamentos con receta y otros tipos de 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?

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el Estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la 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 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 suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Reciba atención de un proveedor que es elegible para proporcionar servicios conforme a Original Medicare.** En su condición de miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).
    - Los proveedores dentro de nuestra red se incluyen en el *Directorio de proveedores* BSWHealthPlan.com/Medicare.
    - Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.
    - Tenga en cuenta lo siguiente: Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica

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

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

Se alienta a los miembros de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) a seleccionar un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), pero no están obligados a obtener remisiones para especialistas. Los PCP son profesionales de la salud que cumplen con ciertos requisitos fijados por el estado y están capacitados para brindarle atención médica básica. Los PCP brindan atención básica o de rutina y coordinan el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro del plan, incluyendo radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, ingresos hospitalarios y seguimiento médico.

- "Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y su progreso. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP puede ayudarlo a coordinar estos servicios con Baylor Scott & White Health Plan. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Debido a que los PCP brindan y coordinan su atención médica, a menudo es útil que usted, como miembro, se asegure de que su PCP tenga todos sus registros médicos anteriores.

¿Cómo elige al PCP?

Seleccione un PCP de nuestro directorio de proveedores en línea o del directorio impreso y llame a Servicio al Cliente de Baylor Scott & White Health Plan al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto para indicarles su elección. Servicio al Cliente de Baylor Scott &

White Health Plan también puede ayudarlo a elegir un PCP si es necesario. Esta información se agregará a su expediente de membresía.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, 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 de nuestro plan o pagar más por recibir los servicios cubiertos.

Llame a Servicio al Cliente de Baylor Scott & White Health Plan al número que figura en la contraportada de este folleto para solicitar información sobre cómo cambiar de PCP. Su solicitud de cambio de PCP entrará en vigor a más tardar 72 horas después de su solicitud.

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

El especialista es un médico que presta 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.
- Usted, su PCP o su representante designado pueden necesitar la aprobación por adelantado de nuestro plan para ciertos servicios (esto se llama obtener “autorización previa”). Si se requiere autorización previa y usted o su médico no la obtienen, BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) no pagará los servicios. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre autorizaciones previas y remisiones. Los especialistas y los centros deben estar en la red de proveedores contratados para que los servicios se procesen bajo su BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO). Para obtener más ayuda, llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).

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

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

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

- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo para elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o ha acudido a ese proveedor en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red al que pueda acceder para continuar con su atención médica.
- Si actualmente está realizando un tratamiento médico o algún tipo de terapia con su proveedor actual, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento o la terapia médicamente necesario que está recibiendo continúe.
- Le brindaremos información sobre los distintos períodos de inscripción que tiene a su disposición y sobre las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con los costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor de la red o beneficio no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Lo alentamos a que trabaje a través de su PCP o especialista de la red cuando realice solicitudes de atención médica fuera de la red. Es probable que su médico pueda explicar mejor su afección médica y pueda proporcionar detalles especiales sobre su solicitud. Para obtener una autorización previa, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711).
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), interponer un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen un contrato con nosotros no tienen obligación alguna de tratarlo, salvo en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.** Aquí le

presentamos otros datos importantes que se deben tener en cuenta al utilizar proveedores fuera de la red:

- Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.
- No es necesario que obtenga una remisión o autorización previa cuando recibe atención por parte de proveedores que no pertenecen a la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es posible que deba solicitar una decisión de cobertura antes de la consulta para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 9). Esto es importante porque:
    - Si no cuenta con una decisión de cobertura antes de la consulta y si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja)*.
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar por los servicios cubiertos O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, puede enviárnosla para que realicemos el pago. 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 qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de costo compartido más alto Para obtener más información sobre estas situaciones, consulte la Sección 3.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No es necesario que recurra a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que posea la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan también incluye un beneficio de emergencia en todo el mundo para todos los miembros. Para obtener más información sobre los Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo, consulte el Capítulo 4.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llámenos al 1-866-334-3141 (TTY 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos) para que podamos ayudarle.

¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia médica?

Nuestro 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. También cubrimos los servicios médicos provistos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención 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 siga estando estable. Los médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se pongan en contacto con nosotros y planifiquen una atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de seguimiento de un proveedor fuera de la red, usted pagará el costo compartido más alto para proveedores fuera de la red.

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, el monto del costo compartido que usted paga dependerá de si recibe atención de proveedores de la red o fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte del costo será generalmente menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata sin ser una emergencia es un servicio de urgencia cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o cuando no es razonable, a raíz del momento, el lugar y las circunstancias, obtener ese servicio de los proveedores de la red que tienen contrato con el plan. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son lesiones y enfermedades imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas a proveedores de rutina necesarias por motivos médicos, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan se encuentra temporalmente no disponible.

Los proveedores de atención urgente contratados se pueden encontrar en nuestro sitio web, BSWHealthPlan.com/Medicare, en el directorio de proveedores en línea, o puede comunicarse con Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de este folleto para obtener ayuda para localizar proveedores de atención urgente contratados.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, para todos los miembros. Para obtener más información sobre los Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo, consulte el Capítulo 4.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: BSWHealthPlan.com/Medicare para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido 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. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

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 del costo compartido de su plan 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

BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, tal como figura en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no se encuentran cubiertos por el plan, usted es responsable de pagar el costo total de estos.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si un servicio no está cubierto, los costos que paga de su bolsillo no se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar a Servicio al Cliente para saber cuánto ya ha usado de su límite de beneficios.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen requerir la participación de voluntarios.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre este y determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. 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, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que se encuentra participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios provistos en dicho ensayo. Si ha pagado de más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre el monto que ha pagado. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe, ni que obtenga nuestra aprobación. *No* es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no abarca los beneficios de los que es responsable nuestro plan, lo que incluye, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations requiring Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y en los estudios de exenciones de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemptions, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos informe por adelantado cuando decida participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare.

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

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, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted 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.

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde pagar por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio, igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre el monto de costo compartido que ha pagado. Para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 7.

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 Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 exigido por Original Medicare. A continuación, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar al plan documentación, tal como la factura del proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto será de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, deberá presentar documentación, como la factura del proveedor.

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

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

- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de las investigaciones sin cargo para cualquier persona inscrita en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si visita el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención 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 sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 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 **no exceptuado**.

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.

- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - Y debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su estadía no se cubrirá.

Se aplican los límites de cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión 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 (Durable Medical Equipment, 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 los dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO), sin embargo, 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, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras estuvo inscrito en su plan no se tienen en cuenta.

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Original Medicare no se tienen en cuenta. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras formaba parte de este. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tienen en cuenta.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses deberá alquilar el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporcionará el equipo y el mantenimiento (usted seguirá siendo responsable del copago por el oxígeno). Luego de cinco años, podrá elegir entre quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, aunque permanezca en la misma compañía, requiriendo que pague sus copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla el monto que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

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

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

- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que recibe algún servicio médico. 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 reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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?

En nuestro plan, existen dos límites diferentes que se aplican a lo que debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red** es $6,750. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare que recibe de los proveedores dentro de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por los medicamentos con receta de la Parte D y los servicios que recibe de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha

pagado $6,750 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro de la red, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores dentro de nuestra red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

- El **monto máximo que paga de su bolsillo combinado** es $10,000. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare que recibe de los proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. (Los montos que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado $10,000 por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no deberá pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios

Además de los montos máximos que paga de su bolsillo dentro de la red y combinados para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (consulte la Sección 1.2 arriba), también existe un monto máximo que paga de su bolsillo separado que se aplica solo a ciertos tipos de servicios.

El plan tiene un monto máximo de desembolso directo de $1,950 para pacientes hospitalizados agudos **por estadía**. Una vez que haya pagado $6,750 de desembolso máximo dentro de la red o $10,000 por su monto de desembolso máximo combinado para los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, el plan cubrirá su hospitalización para pacientes hospitalizados agudos sin costo durante el resto **del año**. Una vez que haya pagado su monto máximo de desembolso directo de $6,750, el plan cubrirá su hospitalización para pacientes hospitalizados agudos dentro de la red sin costo alguno para usted durante el resto **del año**. Una vez que haya pagado $10,000 por el monto máximo combinado de desembolso directo por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, el plan cubrirá sus servicios hospitalarios de atención hospitalaria aguda dentro y fuera de la red durante el resto del año. Tanto el monto máximo de desembolso personal para los servicios médicos de la Parte A y la Parte B como el monto máximo de desembolso personal para pacientes hospitalizados agudos se aplican a su estadía cubierta en un hospital hospitalario agudo. El cuadro de beneficios de la Sección 2 muestra los desembolsos máximos de la categoría de servicio.

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

Como miembro de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos

adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección 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 del proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, entonces usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto 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 BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se trata en el Capítulo 5. 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 prestarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son

necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- Para las personas recién inscritas, el plan de atención coordinada MA debe ofrecer un período de transición de un mínimo de 90 días, durante el cual el plan MA nuevo no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento en curso, incluso cuando el tratamiento fuera un servicio iniciado con un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen la aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa") de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).
    - Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están indicados con una nota en la Tabla de beneficios médicos.
    - No necesita obtener aprobación por adelantado para los servicios de proveedores fuera de la red.

  Aunque no necesita obtener aprobación previa para proveedores fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que el monto del costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del cual recibe los servicios:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2025* [Medicare y Usted 2025]. Consúltelo en línea, en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se lo trata o controla por una afección 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 existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
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 remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	Coseguro del 35% para esta prueba de detección preventiva cubierta por Medicare.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).	Copago de $45 por cada consulta cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada consulta cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos para proveedores: Los médicos (según la definición en la Sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [Social Security Act] [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), los enfermeros practicantes (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en la Sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal y como exigen nuestras normas en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).		
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de $325 por cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare. Copago de $325 por cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa para el servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare. Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requieren autorización previa.	Coseguro del 35% por cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare. Coseguro del 35% por cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de ambulancia (continuación) Nuestro plan también incluye un beneficio de ambulancia en todo el mundo para todos los miembros. Consulte Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo para obtener más información.	El costo compartido se aplica a cada viaje en una sola dirección.	
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.	Coseguro del 35% para una consulta anual de bienestar cubierta por Medicare.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% para una medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.	Coseguro del 35% para una prueba de detección de cáncer de mama cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de $20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Copago de $20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.	Coseguro del 35% por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Coseguro del 35% por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
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 ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.	Coseguro del 35% para una consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares cubierta por Medicare.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.	Coseguro del 35% para un análisis para detectar enfermedades cardiovasculares cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	Coseguro del 35% para una prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina cubierta por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Copago de $15 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un riesgo elevado de sufrir cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo luego de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis para la detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Análisis de ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con criterios de riesgo elevado. Una vez cada 3 años.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excluidos los enemas de bario, para los que se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico y se aplicará un copago de $350. Copago de $0 por cada enema de bario cubierto por Medicare.	Coseguro del 35% para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Coseguro del 35% por cada enema de bario cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con criterios de riesgo elevado. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes que corren un riesgo elevado y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no corren un riesgo elevado y que tengan 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
*** Servicios odontológicos** En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, particularmente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia para el cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes orales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente:		
Odontología preventiva y de diagnóstico		
Exámenes orales: Un examen cada seis meses.	Copago de $0 por cada examen oral.	
Radiografías dentales: Una radiografía de boca completa cada 60 meses. Radiografía de aleta de mordida cada 12 meses.	Copago de $0 por cada radiografía.	
Otros servicios odontológicos de diagnóstico: Radiografías periapicales según sea necesario.	Copago de $0 por otro servicio odontológico de diagnóstico.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
*** Servicios odontológicos (continuación)**		
Profilaxis (limpieza) Una limpieza cada seis meses.	Copago de $0 por cada limpieza.	
Otros servicios odontológicos preventivos: Análisis de laboratorio y otras pruebas (por ejemplo, pruebas de vitalidad pulpar y moldes).	Copago de $0 para otros servicios odontológicos preventivos.	
Máximo anual de beneficios:	$3,500 para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales.	
Servicios odontológicos integrales		
Servicios de restauración: Un empaste de resina o amalgama por superficie por diente cada 24 meses. Un par de dentaduras postizas cada cinco años. Una corona, incrustaciones, recubrimientos, puentes o implante por posición dental una vez cada 10 años.	Coseguro del 50% por cada servicio de restauración.	
Endodoncia: Un tratamiento de conducto por diente de por vida. Recubrimiento pulpar según sea necesario. Un tratamiento pulpar de apexificación y calcificación por diente de por vida.	Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
*** Servicios odontológicos (continuación)** **Periodoncia:** Una cirugía periodontal una vez por cuadrante cada 36 meses. Mantenimiento periodontal por hasta dos veces cada año calendario. Raspado y alisado radicular una vez por cuadrante cada 24 meses. **Raspado:** Eliminación de la placa y el tártaro por encima y por debajo de la línea de la encía. **Alisado radicular:** Alisamiento de las raíces dentales para ayudar a las encías a volver a adherirse a los dientes y mejorar la salud de las encías.	Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.	
Prostodoncia, removible: Un par de dentaduras postizas a través de un prostodoncista cada cinco años. Un ajuste de dentadura postiza cada seis meses. Una reparación de base o revestimiento dental cada 36 meses. Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.	Coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia removible.	
Servicios de implantes: Un implante por posición dental cada 10 años calendario. Una reparación de implante y prótesis implantosoportada por posición dental cada 10 años calendario.	Coseguro del 50% por cada servicio de implante.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
*** Servicios odontológicos (continuación)** **Prostodoncia, fijas:** Un par de dentaduras postizas cada cinco años. Un ajuste de dentadura postiza cada seis meses. Una reparación de base o revestimiento dental cada 36 meses. Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses. Puentes cubiertos una vez cada 10 años.	Coseguro del 50% por cada servicio de prostodoncia fija.	
Cirugía oral y maxilofacial: Cirugía oral para extracciones simples y quirúrgicas. Una biopsia por cepillado cada 24 meses. Una alveoloplastia junto con extracciones una vez por cuadrante de por vida.	Coseguro del 50% por cada servicio oral y maxilofacial.	
Servicios generales complementarios: Una consulta y ajuste oclusal cada 12 meses. Anestesia general y sedación intravenosa, según sea médica u odontológicamente necesario. Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos.	Coseguro del 50% por cada servicio general complementario.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
*** Servicios odontológicos (continuación)** Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, basaremos el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido. Los dentistas fuera de la red pueden cobrar más que el cargo máximo permitido. Si un dentista fuera de la red presta un servicio cubierto, usted será responsable de pagar lo siguiente: • cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual nosotros no pagamos beneficios; y • cualquier monto que exceda el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red. * Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.		
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 remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.	Coseguro del 35% para una prueba de detección de depresión cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que reúna los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	Coseguro del 35% para una prueba de detección de diabetes cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
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 lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y 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.	Copago de $0 por suministros de control para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare. Puede ser necesaria una autorización previa. La cobertura para los monitores de glucosa y las tiras reactivas se limita a las marcas Accu-Chek y OneTouch producidas por Roche y Lifescan. La cobertura para los monitores continuos de glucosa (CGM) se limita a las marcas FreeStyle Libre y Dexcom. Las tiras reactivas y glucómetros no preferidos para la diabetes, las tiras reactivas para la diabetes que superen los límites de cantidad cubiertos por Medicare y los monitores continuos de glucosa (CGM) requieren autorización previa. Copago de $0 por servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.	Coseguro del 35% por suministros de control para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare. La cobertura para los monitores de glucosa y las tiras reactivas se limita a las marcas Accu-Chek y OneTouch producidas por Roche y Lifescan. La cobertura para los monitores continuos de glucosa (CGM) se limita a las marcas FreeStyle Libre y Dexcom. Las tiras reactivas y glucómetros no preferidos para la diabetes, las tiras reactivas para la diabetes que superen los límites de cantidad cubiertos por Medicare y los monitores continuos de glucosa (CGM) requieren autorización previa. Coseguro del 35% por servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este documento, así como en la Sección 7 del Capítulo 3, encontrará una definición de equipo médico duradero). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Generalmente, BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión).	Coseguro del 20% por equipo médico duradero cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) es un coseguro del 20% cada mes.	Coseguro del 35% por equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 35% cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) es un coseguro del 35% cada mes.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).		
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.	Copago de $120 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare. El copago no se aplica si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto del costo compartido fuera de la red de la parte de su estadía posterior a su estabilización. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero deberá pagar el monto del costo compartido fuera de la red de la parte de su estadía posterior a su estabilización.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención de emergencia (continuación) Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que se prestan dentro de la red.		
Programas educativos sobre salud y bienestar **El Programa de ejercicio y envejecimiento saludable de Silver&Fit®** Como miembro de Silver&Fit, tiene las siguientes opciones a su disposición sin costo alguno o a bajo costo para usted: • Membresía en centros de acondicionamiento físico Puede visitar un centro de acondicionamiento físico participante o una Asociación Cristiana de Jóvenes (Young Men's Christian Association, YMCA) cerca de usted para participar en el programa.* También tiene acceso a la red de acondicionamiento premium (Premium Fitness Network), que incluye opciones adicionales de centros y estudios de acondicionamiento físico y experiencias únicas como centros de natación, gimnasios de escalada y centros de remo, cada uno con un precio adicional. Muchos de los centros de acondicionamiento participantes también ofrecen clases de bajo impacto que se enfocan en mejorar y aumentar la fuerza y resistencia muscular, movilidad, flexibilidad, rango de movimiento, equilibrio, agilidad y coordinación.	Copago de $0 para programas educativos sobre salud y bienestar.	Coseguro del 35% para programas educativos sobre salud y bienestar.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) • Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Usted es elegible para recibir un Kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico. • Club de bienestar: Puede establecer sus preferencias para los temas de bienestar en el sitio web y acceder a contenido adaptado a sus intereses y objetivos de envejecimiento saludable, como artículos, videos, clases y eventos virtuales en vivo, y grupos sociales**. • Planes de entrenamiento: Responda algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés y recibirá un plan de entrenamiento personalizado, incluyendo instrucciones sobre cómo empezar y sugerencias para videos de entrenamiento. • Clases de entrenamiento digital: Puede acceder a videos bajo demanda a través de la biblioteca de entrenamiento digital del sitio web, incluidas las clases de la serie de la marca Silver&Fit (Silver&Fit Signature Series Classes®). • Entrenamiento personal virtual FitnessCoach™: Puede participar en hasta ocho sesiones virtuales en vivo por año con un preparador físico personal certificado.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) • Entrenamiento para el bienestar: Puede participar en sesiones por teléfono, video o chat con un entrenador capacitado, en las que se pueden tratar temas como el ejercicio, la nutrición, el aislamiento social y la salud cerebral. • Silver&Fit Connected!™: La herramienta Silver&Fit Connected! puede asistirle en el seguimiento de su actividad.*** • Recompensas: Reciba una gorra y pines por alcanzar nuevos hitos de actividad. El programa Silver&Fit tiene **Something for Everyone®**! (¡Algo para todo el mundo!) * Los servicios de membresía no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no serán reembolsados. ** American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) no tiene afiliaciones, intereses, avales ni patrocinios con ninguna de las organizaciones o clubes. Algunos grupos sociales pueden incluir una tarifa de inscripción. Dicha tarifa no forma parte del programa Silver&Fit y no será reembolsada por ASH Fitness.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) *** Es posible que se requiera la compra de dispositivos portátiles o aplicaciones de seguimiento de actividad física para utilizar la herramienta Connected!; dicha compra no será reembolsada por el programa Silver&Fit. Al utilizar la herramienta Silver&Fit Connected!, otorga su consentimiento para que ASH Fitness reciba información sobre el seguimiento de su actividad y utilice esos datos para procesar y administrar las recompensas disponibles para usted en el programa. El programa Silver&Fit está proporcionado por ASH Fitness, una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes, FitnessCoach, Silver&Fit Connected! y Something for Everyone son marcas comerciales de ASH. Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones. La participación en los centros de acondicionamiento físico puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
*** 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 para pacientes externos cuando las hace un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. **Exámenes auditivos de rutina** • Límite de 1 consulta cada año. **Adaptación y evaluación de audífonos** • Límite de 1 consulta cada año. **Audífonos** • Un crédito de hasta $1,000 por ambos oídos combinados cada tres años para audífonos. * Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	Copago de $40 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio. Copago de $0 para un examen auditivo de rutina cada año. Copago de $0 para cada adaptación y evaluación de los audífonos.	Coseguro del 35% por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio. Coseguro del 35% para un examen auditivo de rutina cada año. Coseguro del 35% para cada adaptación y evaluación de los audífonos.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.	Coseguro del 35% para un examen de detección de VIH cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le preste 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 servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran 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. • Equipo médico y suministros.	Copago de $0 para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Tratamiento de infusión a domicilio El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio son el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, entre ellos, servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo según el beneficio de equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio.	Coseguro del 0%-20% para cada servicio de tratamiento de infusión a domicilio cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% para cada servicio de tratamiento de infusión a domicilio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare en hospicios que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que son propios de la organización MA, controlados por ella o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan. Si decide hacerlo, deberá continuar pagando sus primas del plan.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, y no BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, y no BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención en un hospicio (continuación) Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios en el hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (tal como en el caso que se requiera obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y cumple con las normas del plan para obtener dichos servicios, solo pagará el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención en un hospicio (continuación) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). Para los servicios cubiertos por BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos según la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. 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 pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas (o inyecciones) antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas (o inyecciones) antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener información adicional, consulte la Sección 8 del Capítulo 6.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.	Coseguro del 35% por cada vacuna cubierta por Medicare.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1-6: Copago de $325 cada día por estadía. Días 7-90: Copago de $0 cada día por estadía. Se requiere autorización previa.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Coseguro del 35%. El plan cubre 60 días de reserva de por vida.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Usted está cubierto durante 90 días por período de beneficios para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare. 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 de radiología. • 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 para trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados	Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será ingresado en el hospital. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.	Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será ingresado en el hospital. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente 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.	**Servicios de sangre** Coseguro del 20% comenzando con la primera pinta de sangre que necesite.	**Servicios de sangre** Coseguro del 35%

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!).* Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • Usted recibe hasta 190 días de atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes internados cubierta por Medicare de por vida. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será ingresado en el hospital.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1-5: Copago de $318 cada día por estadía. Días 6-90: Copago de $0 cada día por estadía. Se requiere autorización previa.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Coseguro del 35%. El plan cubre 60 días de reserva de por vida.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, 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 adyacente), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funcione bien o que haya dejado de funcionar permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.	**Servicios médicos** Copago de $0 por cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de $35 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. **Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio** Copago de $0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. **Servicios de radiología de diagnóstico y terapéutica** Copago de $0 para radiografías cubiertas por Medicare. Se requiere autorización previa.	**Servicios médicos** Coseguro del 35% por cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare. Coseguro del 35% por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. **Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio** Coseguro del 35% para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología de diagnóstico y terapéutica** Coseguro del 35% para radiografías cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	Copago de $0-$300 dependiendo de los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías) para resonancias magnéticas (MRI), mielografías, angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT), angiografías por tomografía computarizada (CTA) y pruebas de esfuerzo. Se requiere autorización previa. **Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes externos** Coseguro del 20% para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% dependiendo de los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías) para resonancias magnéticas (MRI), mielografías, angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT), angiografías por tomografía computarizada (CTA) y pruebas de esfuerzo **Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes externos** Coseguro del 35% para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)	**Servicios de fisioterapia y terapia del habla** Copago de $35 para consultas de fisioterapia y/o terapia de patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. **Servicios de terapia ocupacional** Copago de $35 por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.	**Servicios de fisioterapia y terapia del habla** Coseguro del 35% para consultas de fisioterapia y/o terapia de patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. **Servicios de terapia ocupacional** Coseguro del 35% por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar con el tratamiento el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.	Coseguro del 35% por terapia médica nutricional cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) se cubrirán para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.	Coseguro del 35% para servicios del MDPP cubiertos por Medicare.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de un médico, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio.	Coseguro del 0%-20% para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare. Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al requisito de tratamiento escalonado. Puede ser necesaria una autorización previa.	Coseguro del 35% para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare. Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al requisito de tratamiento escalonado.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (cuyo nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite pruebas y análisis adicionales antes del tratamiento o durante él, que podrían sumarse a sus costos generales. Hable con su médico sobre los análisis y las pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para los trasplantes de órganos cuyo pago fue realizado por Medicare. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante de órgano cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que recibe medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos (de la Parte D) de Medicare incluye los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.	Coseguro del 0%-20% para otros medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al requisito de tratamiento escalonado. Puede ser necesaria una autorización previa. Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de insulina cubierto, cuando se utiliza en una bomba de insulina.	Coseguro del 35% para otros medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al requisito de tratamiento escalonado. Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de insulina cubierto, cuando se utiliza en una bomba de insulina.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si los prepara un médico y los aplica una persona debidamente instruida (que podría ser usted mismo, el paciente) con la supervisión correspondiente. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos para el tratamiento del cáncer que se toman por vía oral si están disponibles en forma inyectable o si son profármacos (la forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en la versión inyectable) de medicamentos inyectables. Cuando surjan nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer, es posible que la Parte B comience a cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, los cubrirá la Parte D.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted utiliza como parte de un tratamiento de quimioterapia para combatir el cáncer si se administran antes, durante o hasta 48 horas después de la quimioterapia o se utilizan como reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si están disponibles en forma inyectable y los cubre el beneficio de ESRD de la Parte B. • Medicamentos calciomiméticos en el sistema de pago de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos. • Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre las inyecciones de eritropoyetina si usted tiene una enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición enteral y parenteral (alimentación intravenosa o por sonda). Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos al tratamiento escalonado de la Parte B. Algunos ejemplos de medicamentos de la Parte B que requieren tratamiento escalonado son, entre otros, ciertos medicamentos de quimioterapia, medicamentos utilizados para la atención de apoyo durante el tratamiento oncológico y medicamentos antiinflamatorios. Puede encontrar una lista de los medicamentos de la Parte B que requieren tratamiento escalonado en nuestro sitio web (BSWHealthPlan.com/Medicare). También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio para medicamentos con receta de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la 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 le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.	Coseguro del 35% para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad cubiertos por Medicare.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT). • Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el trastorno por consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal.	Copago de $45 por cada servicio de tratamiento para el consumo de opioides cubierto por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% por cada servicio de tratamiento para el consumo de opioides cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios del programa de tratamiento de opioides (continuación) • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas.		
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales 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. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos.	**Radiografías para pacientes externos** Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. **Servicios de radiología terapéutica** Coseguro del 20% para servicios cubiertos por Medicare (como la radioterapia para el cáncer). Se requiere autorización previa. **Suministros médicos** Coseguro del 20% para suministros cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.	**Radiografías para pacientes externos** Coseguro del 35% para radiografías cubiertas por Medicare. **Servicios de radiología terapéutica** Coseguro del 35% para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. **Suministros médicos** Coseguro del 35% para suministros cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	**Servicios de laboratorio** Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. **Servicios de sangre** Coseguro del 20% comenzando con la primera pinta de sangre que necesite. **Pruebas y procedimientos de diagnóstico** Copago de $0 para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.	**Servicios de laboratorio** Coseguro del 35% para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. **Servicios de sangre** Coseguro del 35%. **Pruebas y procedimientos de diagnóstico** Coseguro del 35% para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	**Servicios de radiología de diagnóstico** Copago de $0-$300 dependiendo de los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías) para resonancias magnéticas (MRI), mielografías, angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT), angiografías por tomografía computarizada (CTA) y pruebas de esfuerzo. Se requiere autorización previa.	**Servicios de radiología de diagnóstico** Coseguro del 35% dependiendo de los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías) para resonancias magnéticas (MRI), mielografías, angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT), angiografías por tomografía computarizada (CTA) y pruebas de esfuerzo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos para el personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **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 costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	Coseguro del 20% para servicios de observación cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% para servicios de observación cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!).* Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos 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 externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.	**Centro quirúrgico ambulatorio** Copago de $275 por cada consulta al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa. Los centros quirúrgicos ambulatorios son instalaciones de atención médica que se especializan en la atención quirúrgica en el día (cirugía ambulatoria), incluidos los procedimientos de diagnóstico y preventivos. **Hospital para pacientes externos** Copago de $350 para estadías hospitalarias para pacientes externos cubiertas por Medicare. Se requiere autorización previa.	**Centro quirúrgico ambulatorio** Coseguro del 35% por cada consulta al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Los centros quirúrgicos ambulatorios son instalaciones de atención médica que se especializan en la atención quirúrgica en el día (cirugía ambulatoria), incluidos los procedimientos de diagnóstico y preventivos. **Hospital para pacientes externos** Coseguro del 35% para estadías hospitalarias para pacientes externos cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) **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 costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!).* Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	La cirugía ambulatoria es un procedimiento quirúrgico que se realiza en un centro médico sin tener que pasar la noche en él. También denominada "cirugía en el mismo día", puede realizarse en un consultorio médico. **Medicamentos con receta de la Parte B** Coseguro del 0%-20% para quimioterapia para pacientes externos, medicamentos de la Parte B y otros servicios para pacientes externos. Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al requisito de tratamiento escalonado. Puede ser necesaria una autorización previa.	La cirugía ambulatoria es un procedimiento quirúrgico que se realiza en un centro médico sin tener que pasar la noche en él. También denominada "cirugía en el mismo día", puede realizarse en un consultorio médico. **Medicamentos con receta de la Parte B** Coseguro del 35% para quimioterapia para pacientes externos, medicamentos de la Parte B y otros servicios para pacientes externos. Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al requisito de tratamiento escalonado.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional certificado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial certificado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Copago de $40 por cada consulta de terapia individual con o sin un psiquiatra cubierta por Medicare. Copago de $40 por cada consulta de terapia grupal con o sin un psiquiatra.	Coseguro del 35% por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. Coseguro del 35% por cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	Copago de $35 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $35 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Coseguro del 35% por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos Usted está cubierto para el tratamiento del abuso de sustancias tóxicas, como lo cubre Original Medicare. Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener autorización de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO). El tratamiento por abuso de sustancias químicas incluye servicios médicos para la desintoxicación aguda y la rehabilitación para pacientes externos de acuerdo con las pautas de Medicare.	Copago de $45 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa. Copago de $45 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Coseguro del 35% por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un *paciente externo*.	**Centro quirúrgico ambulatorio** Copago de $275 por los servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. Los centros quirúrgicos ambulatorios son instalaciones de atención médica que se especializan en la atención quirúrgica en el día (cirugía ambulatoria), incluidos los procedimientos de diagnóstico y preventivos.	**Centro quirúrgico ambulatorio** Coseguro del 35% para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. Los centros quirúrgicos ambulatorios son instalaciones de atención médica que se especializan en la atención quirúrgica en el día (cirugía ambulatoria), incluidos los procedimientos de diagnóstico y preventivos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)	**Hospital para pacientes externos** Copago de $350 por los servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. **Observación hospitalaria para pacientes externos** Coseguro del 20% por consulta de observación hospitalaria para pacientes externos cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa. La cirugía ambulatoria es un procedimiento quirúrgico que se realiza en un centro médico sin tener que pasar la noche en él. También denominada “cirugía en el mismo día”, puede realizarse en un consultorio médico.	**Hospital para pacientes externos** Coseguro del 35% para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. **Observación hospitalaria para pacientes externos** Coseguro del 35% por consulta de observación hospitalaria para pacientes externos cubierta por Medicare. La cirugía ambulatoria es un procedimiento quirúrgico que se realiza en un centro médico sin tener que pasar la noche en él. También denominada “cirugía en el mismo día”, puede realizarse en un consultorio médico.
Artículos de venta libre Asignación trimestral aprobada para artículos de venta libre que sean medicamentos y productos relacionados con la salud y no requieran receta.	Asignación de $30 para artículos de venta libre aprobados. Los saldos no se transfieren. La tarjeta de venta libre será proporcionada por InComm por correo.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Artículos de venta libre (continuación) Los beneficios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Medicina • productos relacionados con el cuidado de los ojos • bienestar • cuidado personal		
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, el terapeuta, el terapeuta familiar y matrimonial certificado (LMFT) o consejero profesional certificado y es una alternativa a la hospitalización. El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo para la salud conductual (mental) suministrado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, el terapeuta, el terapeuta familiar y matrimonial certificado (LMFT) o consejero profesional certificado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Copago de $40 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica, para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo: ○ Resfríos o gripes ○ Alergias/problemas relacionados con los senos nasales ○ Condiciones de la piel ○ Dejar de fumar ○ Problemas estomacales y digestivos ○ Afecciones oculares menores ○ La salud de la mujer ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca ese servicio.	Copago de $0 por cada consulta en el consultorio del PCP cubierta por Medicare. Copago de $35 por cada consulta en el consultorio del especialista cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada consulta de telesalud con un PCP, especialista o psiquiatra.	Coseguro del 35% por cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare. Coseguro del 35% por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Coseguro del 35% por cada consulta de telesalud con un PCP, especialista o psiquiatra.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) ○ Se puede acceder a los servicios de telesalud con proveedores participantes a través de myBSWHealth.com o la aplicación MyBSWHealth disponible en la tienda de aplicaciones o Google Play. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: o Tiene una consulta en persona durante los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud. o Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. o Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud federalmente calificados. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico **en los siguientes casos**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o El control no está relacionado con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días **y** o El control no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas **en los siguientes casos**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días **y** o La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • 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, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico). • Servicios de telesalud provistos por terapeutas ocupacionales (Occupational Therapists, OT), fisioterapeutas (Physical Therapists, PT), patólogos del habla y el lenguaje (Speech-Language Pathologists, SLP) y audiólogos calificados.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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 los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.	Copago de $45 por cada consulta cubierta por Medicare. Las consultas de podiatría cubiertas por Medicare son para el cuidado de los pies medicamente necesario.	Coseguro del 35% por cada consulta cubierta por Medicare. Las consultas de podiatría cubiertas por Medicare son para el cuidado de los pies medicamente necesario.
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 (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis anual del PSA. Copago de $0 por un tacto rectal anual cubierto por Medicare.	Coseguro del 35% para un análisis anual del PSA cubierto por Medicare. Coseguro del 35% por un tacto rectal anual cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Dispositivos ortésicos y protésicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptaciones o capacitación en el uso de dispositivos ortésicos y protésicos, así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos ortésicos y protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte **Atención de la vista** más adelante en esta sección).	Coseguro del 20% para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. Coseguro del 20% para suministros relacionados cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. Coseguro del 35% para suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar se cubren para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Copago de $15 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.	Coseguro del 35% por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.	Coseguro del 35% para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:** tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/año y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, y recibir una orden de parte de un médico o profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial*: el miembro debe recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.	Coseguro del 35% para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección se cubren para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de tener ETS cuando un proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.	Coseguro del 35% para los beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.	Copago de $0 para servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% para servicios de diálisis cubiertos por Medicare.	Coseguro del 35% para servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. Coseguro del 35% para servicios de diálisis cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores 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 información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**.		
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 10 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada. En ocasiones, los centros de atención de enfermería especializada se denominan "SNF"). Usted está cubierto durante 100 días por período de beneficios para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales.	Para estadías en un SNF cubiertas por Medicare: Días 1-20: Copago de $0 cada día. Días 21-100: Copago de $214 cada día. El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. Se requiere autorización previa.	Para estadías en un SNF cubiertas por Medicare: Coseguro del 35%. El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF. • Análisis de laboratorio que suelen hacerse en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen hacerse en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los SNF. • Servicios de médicos o profesionales.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) Generalmente, los servicios en un SNF los obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, usted podrá pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que preste servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.	Coseguro del 35% para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) se cubre para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Copago de $0 por cada consulta para SET cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada consulta para SET cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata sin ser una emergencia es un servicio de urgencia cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, cuando no es razonable, a raíz del momento, el lugar y las circunstancias, obtener ese servicio de los proveedores de la red que tienen contrato con el plan. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son lesiones y enfermedades imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas a proveedores de rutina necesarias por motivos médicos, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan se encuentra temporalmente no disponible.	Copago de $50 por cada consulta cubierta por Medicare. El copago no se aplica si ingresa en un hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen 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 colocación de una lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Copago de $40 por cada examen de la vista cubierto por Medicare. Copago de $0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Copago de $0 para hasta un examen de la vista de rutina cada año.	Coseguro del 35% por cada examen de la vista cubierto por Medicare. Coseguro del 35% por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Coseguro del 35% para hasta un examen de la vista de rutina cada año.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**

Atención de la vista (continuación)
• * Examen de la vista de rutina.
  o Límite de 1 consulta cada año.
• Lentes y accesorios de rutina adicionales.
  o * Un crédito combinado de hasta $150 cada año para todos los lentes y accesorios adicionales. El límite para lentes y accesorios se aplica a todos los tipos, incluidos anteojos, marcos, lentes y lentes de contacto. Esto se aplica tanto si se trata de una cantidad determinada como de un monto ilimitado. Cualquier mejora, como el tintado de lentes, no está incluida en la asignación para lentes y accesorios y no está cubierta por el plan.
  o Límite de 12 pares de lentes de contacto cada año.
  o Límite de 1 par de anteojos (lentes y marcos) cada año.
* Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
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 e inyecciones o vacunas), y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio de su 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*.	Coseguro del 35% para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* cubierta por Medicare.
*** Servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo** La cobertura mundial está disponible fuera de los 50 Estados Unidos o sus territorios. Cuando se realizan reclamaciones, los miembros deben pagar los cargos del proveedor y, a continuación, presentar una reclamación de reembolso a Baylor Scott & White Health Plan utilizando nuestro formulario de reclamación médica estándar. También debe incluirse una copia de la factura del proveedor y el comprobante de pago. Puede encontrar un formulario de reclamación médica en nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com, en la sección Recursos para los miembros, luego en Formularios y Enlaces útiles. * Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	Usted paga un copago de $0 por cada consulta de atención de emergencia en todo el mundo. Usted paga un copago de $0 por cada consulta de atención de urgencia en todo el mundo. Usted paga un copago de $0 por cada servicio de transporte de emergencia/urgencia en todo el mundo. Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $5,000 para servicios de emergencia, servicios de urgencia y servicio de transporte combinados.	

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.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, salvo determinadas circunstancias que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, igualmente no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de 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).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
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 mamas después de una mastectomía, como así también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado asistencial 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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		• Original Medicare podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Entrega de comidas a domicilio.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Servicios de empleada doméstica incluyendo ayuda básica en el hogar, tal como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		• Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Habitación privada en el hospital.		• Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Atención quiropráctica de rutina.		• Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Cuidado de rutina de los pies.		• Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	

Exclusiones adicionales:

- Servicios prestados a veteranos en instalaciones de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables por nuestros montos de costo compartido.
- La cobertura de medicamentos se limita a los medicamentos recetados u ordenados por un proveedor y utilizados por el suscriptor mientras está en el hospital. Los medicamentos para llevar a la casa no están cubiertos, excepto en la medida en que están cubiertos por Medicare, como los medicamentos contra las náuseas después de la quimioterapia.
- Exámenes e informes físicos para cualquier propósito que no sea la atención médica necesaria, como para utilizar en su empleo, para licencias, seguros, escuela o viajes.
- Servicios por los cuales estaría disponible el reembolso para un suscriptor para el cuidado de una lesión o enfermedad ocupacional en circunstancias cubiertas por la ley de responsabilidad de cualquier empleador.
- Pruebas psicológicas u otras pruebas que no son médicamente necesarias y que son para fines educativos o de desarrollo.
- Salvo que la ley exija lo contrario, Baylor Scott & White Health Plan no pagará a ningún proveedor ni reembolsará al suscriptor por ningún servicio cubierto por el cual el suscriptor no tendría obligación de pagar en ausencia de cobertura bajo este acuerdo.
- Tratamiento de lesiones o enfermedades como resultado de la guerra.
- Los servicios descritos anteriormente que no están cubiertos permanecerán sin cobertura, incluso si se reciben en un centro de emergencia.
- Ayudas artificiales, aparatos correctivos y suministros médicos, como baterías, condones, apósitos, jeringas, dentaduras postizas, audífonos, anteojos y lentes correctivos (a menos que se especifiquen en el Capítulo 4).
- Costos/cargos asociados con rellenar y/o copiar formularios médicos u otros formularios relacionados.

Seguro dental: Exclusiones

- Servicios que no son necesarios desde el punto de vista dental, aquellos que no cumplen con los estándares de atención generalmente aceptados para el tratamiento de una afección dental particular, o que consideremos de naturaleza experimental.
- Servicios por los cuales una persona cubierta no estaría obligada a pagar en ausencia de un seguro dental.
- Servicios o suministros recibidos por una persona cubierta antes de que comience el seguro para tal persona.

- Servicios que no son prestados ni recetados por un dentista, excepto aquellos servicios prestados por un higienista dental con licencia, los cuales son supervisados y facturados por un dentista y que son para la eliminación del sarro o el pulido de los dientes o el tratamiento con flúor.
- Servicios que son principalmente cosméticos, a menos que sean necesarios para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito de un recién nacido.
- Servicios o aparatos que restauran o alteran la dimensión vertical (oclusión).
- Restauración de la estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión, a menos que sea causada por una enfermedad.
- Restauraciones o aparatos utilizados con el fin de crear una férula periodontal.
- Asesoramiento o instrucciones sobre higiene oral, control de placas, nutrición y tabaco.
- Suministros o dispositivos personales, incluidos, entre otros: irrigadores bucales, cepillos de dientes o hilo dental.
- Instalación inicial de una dentadura postiza para reemplazar uno o más dientes que faltaban antes de que la persona tuviera el seguro dental, salvo en el caso de la falta congénita de dientes naturales.
- Decoración o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
- Citas perdidas.
- Servicios cubiertos por cualquier ley de compensación laboral o enfermedad laboral.
- Servicios cubiertos por cualquier ley de responsabilidad del empleador.
- Servicios que el empleador de la persona que reciba dichos servicios no tiene la obligación de pagar.
- Servicios prestados en un centro administrado por el titular de la póliza, sindicato laboral, asociación de beneficio mutuo u hospital de VA.
- Servicios cubiertos bajo otra cobertura proporcionada por el titular de la póliza.
- Restauraciones temporales o provisionales.
- Aparatos temporales o provisionales.
- Medicamentos con receta.
- Servicios para los cuales la documentación presentada indica un pronóstico desfavorable.
- Servicios, en la medida en que dichos servicios, o los beneficios de estos, estén disponibles bajo un plan del gobierno. Esta exclusión se aplicará independientemente de si la persona que reciba los servicios está inscrita o no en el plan del gobierno. No excluiremos el pago de beneficios por dichos servicios si el plan del gobierno requiere que el Seguro dental bajo la póliza grupal pague primero.

- Los siguientes procedimientos, cuando el dentista le cobra por separado: llenado del formulario de reclamaciones; control de infecciones, como con guantes, máscaras o esterilización de suministros; o anestesia local, sedación consciente que no sea intravenosa o analgesia, como con óxido nitroso.
- Servicios dentales necesarios para tratar lesiones accidentales en los dientes y las estructuras de apoyo, salvo en el caso de lesiones en los dientes producidas por masticar y morder alimentos.
- Pruebas de susceptibilidad a caries.
- Accesorios de precisión asociados con prótesis fijas y removibles.
- Ajuste de una dentadura postiza realizada dentro de los 6 meses de su colocación, por parte del mismo dentista que la colocó.
- Dispositivos o aparatos protésicos duplicados.
- Reemplazo, por pérdida o robo, de un aparato, restauración de yeso o dentadura postiza.
- Imágenes fotográficas intraorales y extraorales.
- Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular. Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota.
- Servicios o aparatos de ortodoncia.
- Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.
- Tratamientos con flúor.
- Análisis de laboratorio y otras pruebas.
- Aplicación del material de sellado.
- Espaciadores dentales.
- Tratamiento paliativo de emergencia.
- Prótesis implantosoportada para reemplazar uno o más dientes que faltaban antes de que la persona tuviera el seguro dental, salvo en el caso de la falta congénita de dientes naturales.

CAPÍTULO 5:
Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Sección 1.1 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 autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 en este capítulo). O puede obtener sus medicamentos con receta 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 en este capítulo).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 en este capítulo).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación previa para la cobertura. (Para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

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 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren *solamente* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga 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" hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que figuren en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (BSWHealthPlan.com/Medicare) o llamar a Servicio al Cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al de una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo podrían variar los costos que paga de su bolsillo en función de los distintos medicamentos.

¿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 de la red. O si la farmacia que ha estado utilizando sigue perteneciendo a la red, pero ya no ofrece el costo compartido preferido, puede cambiar a otra red o farmacia preferida, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicio al Cliente o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com/Medicare.

¿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 (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* BSWHealthPlan.com/Medicare o llame a Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un **suministro de hasta 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicio al Cliente de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) o visite nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com/Medicare.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le entregará en 7 a 10 días hábiles como máximo. Nuestra farmacia de pedido por correo se comunicará con usted si habrá una demora prolongada en la entrega de sus medicamentos.

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, o bien
- 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 todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando a la farmacia de pedido por correo o visitándonos en línea, en BSWHealthPlan.com/Medicare.

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 receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a nuestra farmacia de pedido por correo lo antes posible.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedido por correo 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. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles si enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que usted se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero quiere que la farmacia de pedido por correo le envíe sus medicamentos con receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agote su medicamento con receta actual. De este modo, se asegurará de que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando a la farmacia de pedido por correo lo antes posible.

Si automáticamente recibe un resurtido por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen un costo compartido preferido) por un monto de costo compartido menor. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten los montos de costos compartidos más bajos. En este caso, usted será responsable de abonar la diferencia de precio. En el *Directorio de farmacias*, en BSWHealthPlan.com/Medicare, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, 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 *solamente* si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicio al Cliente** para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca. 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 de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- La receta médica es necesaria debido a una emergencia médica o atención urgente.
- No puede conseguir un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no existen farmacias de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinden servicio de 24 horas.
- La receta médica es para un medicamento que no está en existencia en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red accesible (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (y no la parte del costo que normalmente 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 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 abreviarla**.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos poseen alternativas que se denominan “biosimilares”. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, en función de las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de contar con una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden incluirse en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 12.

¿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 en este capítulo).

- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, puede que sea capaz de obtener un medicamento que no se encuentre en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido 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 costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1 – Nivel 1: Genéricos preferidos (nivel más bajo de costo compartido)
- Nivel 2 – Nivel 2: Genéricos
- Nivel 3 – Nivel 3: De marca preferida
- Nivel 4 – Nivel 4: De marca no preferida
- Nivel 5 – Nivel 5: De especialidad (nivel más alto de costo compartido)

Para saber en qué nivel de costo compartido 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 usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (BSWHealthPlan.com/Medicare). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio al Cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (Real-Time Benefit Tool) del plan (myBSWHealth.com) o llame a Servicio al Cliente. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

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 creó estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted esté tomando o desee tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimidos en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Y se hace para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente 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, 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 **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. 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 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

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, no se encuentra en nuestro formulario o está en el formulario pero 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 esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se indica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**
- **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan deberá proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya se encuentra tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporario, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **tiene actualmente algún tipo de restricción**.

- **Si es miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que hayan sido miembros del plan por más de 90 días y residan en un centro de atención a largo plazo, y necesiten un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Los resurtidos de transición se proporcionan a los miembros que experimentan un cambio en el nivel de atención, como el cambio de un entorno de tratamiento a otro (por ejemplo, del alta de un hospital a un centro de atención a largo plazo). Visite nuestro sitio web BSWHealthPlan.com/Medicare para obtener más detalles.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicio al Cliente.

En el período durante el cual esté utilizando el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que usted 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 solicitarla. 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, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que exista otro medicamento en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. 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, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Los medicamentos del Nivel 5 (Nivel de especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos se puede cambiar 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 puede realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo, consulte el Capítulo 12.

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. En esta sección, se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista

de medicamentos y en qué casos usted recibirá aviso directo si se realizan cambios para un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o realizar cambios a un medicamento similar de la lista.**
    - Cuando se agregue una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la lista, pasarlo a otro nivel de costo compartido, agregarle nuevas restricciones, o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo cuando agreguemos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya se encuentra en la Lista de medicamentos.
    - Realizaremos los cambios de inmediato y se los informaremos más adelante, aunque usted esté tomando el medicamento que se está eliminando o sometiendo a los cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realicemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que realicemos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios a un medicamento similar de la lista con aviso previo.**
    - Cuando se agregue una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la lista, pasarlo a otro nivel de costo compartido, agregarle nuevas restricciones, o ambas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios solo cuando agreguemos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya se encuentra en la Lista de medicamentos.
    - Le informaremos como mínimo 30 días antes de realizar el cambio, o bien le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro para 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
    - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos después de realizar el cambio.

- **Realizar otros cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
    - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le informaremos como mínimo 30 días antes de realizar estos cambios, o bien le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional para 30 días del medicamento que esté tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios a cualquiera de los medicamentos que usted está tomando, hable con su persona autorizada a dar recetas sobre las opciones más adecuadas para usted, que incluyen cambiar por otro medicamento para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que esté tomando. Usted o su persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que está tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectarán durante el año del plan actual

Podemos realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos que no se encuentran descritos con anterioridad. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si se encuentra tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en este.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted esté tomando (con excepción de un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que pague como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos de este tipo de cambios de forma directa durante el año del plan actual. Tendrá que consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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. Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *para una indicación no autorizada* de un medicamento que no esté avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. 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.

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

- 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 y productos minerales con receta, salvo las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos 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 externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren exclusivamente al fabricante.

Si está recibiendo "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que normalmente no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para 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. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione información sobre su membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de su membresía en el plan que figura en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. 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 información de miembro con usted?

Si no tiene la información de su membresía en el plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria; o bien, puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Después, puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 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 usted está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si usted ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubra el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería

especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

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

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, o la que sea que este utilice, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* BSWHealthPlan.com/Medicare para averiguar si la farmacia del centro de LTC, o la que sea que este utilice, forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicio al Cliente. 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.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

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

En general, si tiene una cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. 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.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no estén cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada que provea notificación antes de surtir su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

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

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

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

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

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

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura sus opioides con receta y otros medicamentos frecuentemente utilizados de manera indebida. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que el uso que usted haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus personas autorizadas a dar recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta podría no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinadas personas autorizadas a dar recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o su cantidad, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere de nuestra importancia. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación impuesta, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los

medicamentos, transferiremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No podremos ubicarlo en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer o la enfermedad de células falciformes, si recibe atención en un hospicio, atención paliativa o atención de final de vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). El programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos creó el programa para nosotros con el fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros se beneficien al máximo de los medicamentos que tomen.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de costos de medicamentos, o que están en un DMP que ayuda a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre 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 con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Usted también obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, cuándo los toma y la razón por la que lo hace. Además, los miembros que están en el Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es aconsejable hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga su lista de medicamentos al día y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude 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, notifíquenos, y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 6:

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso**. Le enviamos un inserto separado, que se denomina *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 denominada "Low Income Subsidy Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos) o "LIS Rider" (Cláusula adicional LIS), que lo informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, llame a Servicio al Cliente y pida la Cláusula adicional LIS.

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 le corresponde pagar por los 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 medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3. del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporcionará en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para brindar una estimación de los costos que paga de su bolsillo que se espera que usted abone. También puede obtener información brindada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicio al Cliente.

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

Existen diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido**, y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

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

Los costos que paga de su bolsillo incluyen 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):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
- 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 costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si los efectúa **otra persona u organización** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, por un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare, por los planes de salud de un empleador o sindicato, o por el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,000 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubra.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenezcan 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.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos que realice la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Pagos de sus medicamentos que realice un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de los medicamentos en el Programa de descuentos de los fabricantes.
- Pagos de sus medicamentos que realice TRICARE.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan comunicándose con Servicio al Cliente.

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

- **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance $2,000, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)?

Hay tres **etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura para medicamentos con receta según BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO). El monto que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se encuentran en la Sección 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen 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 lo denomina **costo que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó al recibir un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago de sus medicamentos realizado por un familiar o amigo, y cualquier pago de sus medicamentos realizado por la "Ayuda adicional" de Medicare, por los planes de salud de un empleador o sindicato, por el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y por la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones para sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en su precio desde la primera vez que lo obtenga para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento, si corresponde.

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. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos las copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando compre 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 realice un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

  - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que faltan datos o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan, que es $250 para 2025.El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster y el tétanos y las vacunas de viaje. Pagará un deducible anual de $250 en medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $250 por los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, saldrá de la Etapa del deducible y pasará a 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 pague por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (el copago o monto de 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 costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1 – Nivel 1: Genéricos preferidos (nivel más bajo de costo compartido)
- Nivel 2 – Nivel 2: Genéricos
- Nivel 3 – Nivel 3: De marca preferida (usted paga $35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto en este nivel).
- Nivel 4 – Nivel 4: De marca no preferida (usted paga $35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto en este nivel).
- Nivel 5 – Nivel 5: De especialidad (nivel más alto de costo compartido)

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted pague por un medicamento se determina según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.

- 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 y el *Directorio de farmacias* del plan BSWHealthPlan.com/Medicare.

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

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

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento puede ser inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (un suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (un suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para hasta 30 días)
Costo compartido Nivel 1: Genéricos preferidos	$5	$0	$0	$5	$5
Costo compartido Nivel 2: Genéricos	$14	$7	$0	$14	$14
Costo compartido Nivel 3: De marca preferida	$47	$47	$47	$47	$47
Costo compartido Nivel 4: De marca no preferida	$99	$99	$99	$99	$99
Costo compartido Nivel 5: De especialidad	30%	30%	30%	30%	30%

Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 7 de este capítulo.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que usted 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. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico deseen obtener el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando lo prueba por primera vez). 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 sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

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

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

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es para hasta 90 días.

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

- A veces, el costo del medicamento puede ser inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Costo compartido Nivel 1: Genéricos preferidos	$15	$0	$0
Costo compartido Nivel 2: Genéricos	$42	$14	$0
Costo compartido Nivel 3: De marca preferida	$141	$94	$94
Costo compartido Nivel 4: De marca no preferida	$297	$198	$198
Costo compartido Nivel 5: De especialidad	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.		

Usted no pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses ni más de $105 por un suministro de hasta tres meses para cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,000

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los $2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero, han gastado en su nombre por sus medicamentos durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de $2,000 de gastos que pagan de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $2,000 del año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas, consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se la denomina “colocación” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependerán de tres elementos:

1. **Si una organización denominada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y son gratuitas para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio médico.

3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrarle la vacuna en la farmacia. Otra posibilidad es que un proveedor se la administre en el consultorio médico.

Lo que pague en el momento en que le administren la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de pago de medicamentos** se encuentre.

- A veces, cuando obtenga una vacuna, deberá pagar por el costo total de esta y por el del proveedor que se la administró. Puede solicitarle al plan que le devuelva la parte del costo que nos corresponde pagar. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que haya pagado.
- Otras veces, cuando obtenga una vacuna, solo tendrá que pagar su parte del costo según su beneficio de la Parte D. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

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

Situación 1: Obtiene la vacuna de la Parte D 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 ciertas vacunas).

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted le pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, lo que incluye el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando obtenga la vacuna, es probable que deba pagar el costo total de esta en sí y el costo del proveedor que se la administró.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se encuentran descritos en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que haya pagado. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted haya pagado, menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que nosotros solemos pagar. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted le pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es probable que deba 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.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que haya pagado. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted haya pagado, menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna y menos cualquier diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que nosotros solemos pagar. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama reembolsar). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted pague más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó, o tal vez por más de la parte que le corresponde pagar del costo compartido, tal como se indica en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted recibió:

1. Cuando haya recibido atención médica de un proveedor que no pertenezca a la red de nuestro plan

Cuando reciba atención de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted será responsable de pagar solo su parte del costo. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor que no pertenece a la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a prestar atención de emergencia. Usted solo debe pagar la parte del costo que le corresponde por servicios de emergencia o de urgencia. Si paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que le pida pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

2. Cuando un proveedor de la red le envíe una factura que usted considera que no debe pagar

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

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección (en la que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- 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 directamente con el proveedor 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 que le reembolsemos 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 el plan es retroactiva. (Esto 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 medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación, tal como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, 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.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para acceder a un análisis de estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que habría pagado en una farmacia de la red.

5. Cuando usted pague el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre la inscripción, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio al contado que pagó es más alto que nuestro precio negociado para el medicamento con receta.

6. Cuando usted pague 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 del plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio al contado que pagó es más alto que nuestro precio negociado para el medicamento con receta.

Si hay circunstancias en las que debe pagar el costo total de los servicios cubiertos en el momento en que se prestan los servicios, como si busca servicios de un proveedor o centro que no factura a Medicare, deberá obtener una factura detallada de los servicios prestados y presentárnosla con comprobante de su pago para el reembolso bajo sus beneficios BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO).

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. El Capítulo 9 de este documento posee información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió

Usted puede pedirnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya su factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, 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. La información requerida incluye lo siguiente: número de identificación del miembro, nombre, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, fecha del servicio, proveedor, reclamación detallada del proveedor y comprobante de pago.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (BSWHealthPlan.com/Medicare) o llame a Servicio al Cliente y pida el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo de pago a esta dirección:

Para inquietudes médicas:
Baylor Scott & White Health Plan
MS-A4-126
1206 West Campus Drive
Temple, Texas 76502

Para inquietudes farmacéuticas:
Capital Rx
Attn: Claims
9450 SW Gemini Drive Dr., Suite 87234
Beaverton, Oregon 97008

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 más información. 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 cumplido con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Es posible que la parte que nos corresponde pagar del costo no sea el monto completo que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio al contado que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- 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. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que le pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés o en tamaño de letra grande)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos proporcionarle información en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante el Servicio al Cliente de Baylor Scott & White Health Plan al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario del 1 de octubre al 31 de marzo es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information 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.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Baylor Scott & White Health Plan Customer Service at 1-866-334-3141. (TTY users should call 711.) Hours are 7 a.m. – 8 p.m., seven days a week (excluding major holidays). 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 at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Chương trình của quý vị phải đảm bảo rằng tất cả dịch vụ, gồm cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp theo cách thể hiện được trình độ về mặt văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả người ghi danh, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, bị khiếm thính hoặc những người có văn hóa và nguồn gốc dân tộc khác biệt. Một số ví dụ về cách mà chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn trong việc cung cấp dịch vụ biên - phiên dịch, máy chữ điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại có máy chữ điện báo).

Chương trình của chúng tôi có dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời câu hỏi của các thành viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị dưới dạng bản chữ in lớn hoặc các dạng khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các lợi ích của chương trình ở dạng có thể tiếp cận và phù hợp cho quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho thành viên nữ lựa chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới dịch vụ chăm sóc sức khỏe dự phòng và thường quy cho phụ nữ.

Nếu thiếu nhà cung cấp cho một chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, thì chương trình có trách nhiệm tìm kiếm các nhà cung cấp chuyên khoa bên ngoài mạng lưới để cung cấp cho quý vị sự chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị chỉ phải trả một phần chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị gặp trường hợp không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình cung cấp dịch vụ quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết nơi cần đến để nhận được dịch vụ này theo cơ chế chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở dạng khó tiếp cận hoặc không phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện để khiếu nại với Dịch vụ Khách hàng của Baylor Scott & White Health Plan Customer Service theo số 1-866-334-3141. (Người dùng TTY hãy gọi số 711.) Giờ làm việc từ 7 giờ sáng - 8 giờ tối, 7 ngày/tuần (trừ các ngày lễ lớn). Quý vị cũng có thể khiếu nại với Medicare bằng cách gọi đến 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp gọi đến Văn Phòng Quyền Dân Sự theo số 1-800-368-1019 hoặc 1-800-537-7697 dành cho người dùng TTY.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor para su atención.

Tiene derecho a programar citas y recibir los servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un plazo razonable.* Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de 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 su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. 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 de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o de quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o que corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse o no.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

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

Como miembro de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente.

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información sobre cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina “apelación”.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.

- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen los riesgos involucrados en su atención médica. Deben informarle 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.
- **Poder decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí 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*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez usted no pueda 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 usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no han respetado las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita realizar una solicitud de cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

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, orientación sexual 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 no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 contienen información 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.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales 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 dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos hayan acordado.

  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **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, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, tiene que 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, tiene que continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

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 problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas,** también denominadas reclamos.

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debería hacer.

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 facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, 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. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible

que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se incluyen dos entidades que pueden ayudarle.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental conformado por asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a 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 números de teléfono y URL de sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con 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.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía siguiente le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos y servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte B) se cubren o no, la forma en que se cubren y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**.

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente hacemos referencia a artículos y servicios médicos y a medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted recurre al proceso de apelaciones o sobre decisión de cobertura para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista, o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio remitido no está cubierto en ninguna condición. 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 se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, la solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que cubre y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta 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, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no se siente satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas

circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina "apelación de Nivel 1". En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con las normas de forma correcta. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas la solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, esta pasará automáticamente al Nivel 2, donde la evaluará una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para la atención médica, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de ese capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

A continuación, se incluyen algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede comunicarse con nosotros llamando a Servicio al Cliente**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Comuníquese con Servicio al Cliente y solicite el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está

disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

- Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.

- **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.
  - Si quiere que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. 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.
  - 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 antes de que se cumpla nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. 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 pedir 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 situaciones diferentes 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 lo están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicio al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención

En esta sección, se describen los beneficios que usted tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*). En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**

2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3**

4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

   Nota: Si la cobertura que se interrumpirá 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 externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**. Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo* puede *solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede hacer solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares podrían *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.

Si su médico nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.

- Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
- Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un calendario acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas, si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional

para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una 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 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida por lo general se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud exige una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede llamarnos para solicitar una apelación. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, realizamos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de ser necesario, recopilaremos más información comunicándonos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si solicita 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. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la decisión antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
    - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información 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.

- En el caso de la apelación rápida, 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 está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando 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.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo 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. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe autorizar. (Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Explicando su decisión.
  - Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Indicándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que usted 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 solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó

es un servicio cubierto. También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: Si la atención médica tiene cobertura, y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del costo, en general, en un plazo de entre 30 y 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y las razones.

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 presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tendremos que enviarle el pago 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 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre las normas, restricciones, costos y medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **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 externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir de la manera como está hecha, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que paguemos un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 6.4**

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.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario.** Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario.** Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

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.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. 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 que no figure en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4 para medicamentos de marca o del Nivel 2 para medicamentos genéricos. No puede solicitar que hagamos una excepción al monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en el monto de costo compartido que le pedimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponderá pagar del costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el 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 costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga 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 costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento en el Nivel 5 (Nivel de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, 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 usted solicita y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o que sea probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. 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, puede pedir otra revisión mediante una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones de cobertura estándar se realizan en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápida** se realizan en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Estar solicitando un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándares podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
    - Explique que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
    - Le indique cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por

escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com/Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que constituye las razones médicas para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. 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, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una 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. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. 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, en el que la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una 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. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una 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. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamento que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**. Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida por lo general se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-833-502-3340.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de redeterminación modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web BSWHealthPlan.com/Medicare. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con 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 para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - 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, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una 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 para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si aún no ha recibido el medicamento y su salud así lo exige.
    - 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, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una 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 para una apelación 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, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una 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. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, 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 de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de 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. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización 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.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. 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 lo están dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

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. Ayudarán a coordinar la atención 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 la comunicará.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita asistencia, llame al Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa sobre:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique 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.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso en un lugar práctico para tener acceso a la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.

- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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 cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

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.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- 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 el día de su alta**.
    - **Si usted cumple con este plazo**, podrá 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.
    - **Si *no* cumple con este plazo,** comuníquese con nosotros. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta.** En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican 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.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree 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 hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica 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.

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 de su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión la *acepta,* **debemos seguir prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados 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.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, 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 la respuesta de su 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 al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su 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 avanzará 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

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente 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 *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. 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 usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Término legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito**, al menos, dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que le paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida.* Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *(Aviso de no cobertura de Medicare)* le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo, y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree 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 consultará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir prestándole los 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). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- 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 externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted 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 externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente 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 *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **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 la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. 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 más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si 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 por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar 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 manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindarle la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar 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 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza un monto en dólares determinado, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito 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 manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó 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 que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar 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, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de 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, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?

Queja	Ejemplo
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicio 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 la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de consulta o para recibir una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la *puntualidad* de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido una decisión de cobertura rápida o ha solicitado una apelación rápida, y rechazamos su pedido; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo.**
- **Utilizar el proceso de quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicio al Cliente.** Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- **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.
- Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar su queja. A esto lo llamamos Procedimiento de reclamos formales de Baylor Scott & White Health Plan. Todos los reclamos formales relacionados con la calidad de la atención recibirán una respuesta por escrito. Para que Baylor Scott & White Health Plan revise su reclamo formal, debe presentarlo en un plazo de sesenta (60) días calendario después del evento o incidente sobre el cual tiene una queja.
    - Baylor Scott & White Health Plan investigará y resolverá todos los reclamos tan rápido como sea necesario según su estado de salud, pero a más tardar treinta (30) días calendario después de la fecha de recepción del reclamo. Baylor Scott & White Health Plan puede extender el plazo de 30 días hasta catorce (14) días si usted solicita la extensión o si Baylor Scott & White Health Plan justifica la necesidad de obtener información adicional y justifica que esta demora sería para su beneficio. Cuando Baylor Scott & White Health Plan extienda el plazo, le notificaremos inmediatamente por escrito el motivo del retraso.
- Baylor Scott & White Health Plan responderá a más tardar veinticuatro (24) horas después de recibir el reclamo que implique el rechazo de otorgar una solicitud de determinación de cobertura rápida o una redeterminación rápida, si aún no ha comprado o recibido el medicamento, si corresponde a su plan que está en disputa.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad**. La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar 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

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, este debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como **Período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - O bien, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - Si escoge esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante

63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan 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 médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes que comienzan a tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de dicho derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse 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 BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.

- Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Comunicarse con Servicio al Cliente**.
- Encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2025*** (Medicare y Usted 2025).

- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	**Esto es lo que debe hacer:**
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción**. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 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 BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) se cancelará cuando comience su cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos y servicio médicos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red *o de pedido por correo* para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que lo den de alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte 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, comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se mude o al que viaje está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya 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 ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos

hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante dos meses calendario.
    - Debemos avisarle por escrito que tiene dos meses calendario para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro 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, llame a Servicio al Cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado 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 su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* 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. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), 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. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: (1) presta un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la parte de la red de una PPO, 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. En una PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, tal vez quiera consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores de fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y para conocer la parte del costo compartido que le corresponde a usted. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario, y los criterios se publican en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

"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.

Biosimilar intercambiable: biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales en relación con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

Biosimilar: producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de contar con una receta nueva (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: 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 para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), más que un porcentaje.

Coseguro: un monto que pueden pedirle que pague, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido estándar: un costo compartido distinto del costo compartido preferido ofrecido en una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: hace referencia a un costo compartido inferior para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) un deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) un copago fijo que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) un coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni preparación profesionales incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron 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 se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

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 atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo por el año hayan alcanzado el monto del umbral de gastos que paga de su bolsillo.

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 nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere autorización previa para un medicamento y usted quiere que no apliquemos los criterios de restricción, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO), usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** ni que le cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en una de las farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

"Herramienta de beneficios en tiempo real": un portal o aplicación informática en la que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y sus beneficios. Esto incluye los montos del costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Algunos grupos de medicamentos han sido excluidos por el Congreso como medicamentos cubiertos de la Parte D. Ciertos grupos de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertos por todos los planes.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo combinado: este es el máximo que pagará en un año para todos los servicios de la Parte A y de la Parte B tanto de proveedores (preferidos) dentro de la red como de proveedores (no preferidos) fuera de la red. Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también existe un monto máximo que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios.

Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red: el máximo que pagará para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B recibidos de proveedores (preferidos) dentro de la red. Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado que usted paga de su bolsillo, debe continuar pagando su parte del costo cuando lo atienda un proveedor fuera de la red (no preferido). Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también existe un monto máximo que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditable (una 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 después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan de Medicare con pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados tales como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en el que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar su plan de salud y de medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados o si no cumplimos 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 por primera vez para recibir Medicare. 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 cumpla 65 años, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan en el que se pueden inscribir personas elegibles que vivan en la comunidad, pero que requieran un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y la debe administrar 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 vivan en un centro de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratado, si fuera necesario para garantizar que se brinde una atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un plan en el que se pueden inscribir personas elegibles que residan, o que se espera que residan, en un centro de atención a largo plazo (LTC) de forma permanente durante 90 días o más. Estos centros pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (Nursing Facilities, NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual (Intermediate Care Facilities for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID); centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que prestan servicios similares de atención médica a largo plazo cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención médica similares a los otros tipos de instalaciones mencionadas. Un plan de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son planes para necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que sufren una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según la definición de la Sección 422.2 del Título 42 del CFR, incluida la restricción de la inscripción en función de las diversas agrupaciones de afecciones generalmente comórbidas y relacionadas clínicamente que se especifican en la Sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del CFR.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía 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 inscriban en el plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de total combinado de costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). 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 de **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE combina servicios médicos y sociales y servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original: producto biológico que ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como referencia para que los fabricantes produzcan una versión biosimilar. También se denomina “producto de referencia”.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse de manera exacta, por lo que las formas alternativas se denominan “biosimilares”. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Programa de descuento de los fabricantes: programa en el que los fabricantes de los medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los medicamentos de marca de la Parte D y los productos biológicos cubiertos. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, 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 de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro 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 que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como visión, cuidado dental o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos en esta Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata sin ser una emergencia es un servicio de urgencia cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o cuando no es razonable, a raíz del momento, el lugar y las circunstancias, obtener ese servicio de los proveedores de la red que tienen contrato con el plan. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son lesiones y enfermedades imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas a proveedores de rutina necesarias por motivos médicos, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no se encuentra disponible temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Umbral de gastos que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Servicio al Cliente de BSW SeniorCare Advantage Basic (PPO)

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos). Servicio al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede comunicarse del 1 de octubre al 31 de marzo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los principales días festivos); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los principales días festivos).
ESCRIBA A	Baylor Scott & White Health Plan Customer Service 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	BSWHealthPlan.com/Medicare

Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. y de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin, Texas 78714
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre la divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga 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.*