Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura de 2026:

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

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilícelo para comprender lo siguiente:

- La prima del plan y el costo compartido
- Los beneficios de atención médica y medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio al Cliente 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 (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 [una subsidiaria de Baylor Scott & White Health]. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a BSW SeniorCare Advantage (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, el copago o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

H2032_004-26EOC_C

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

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es miembro de BSW SeniorCare Advantage (PPO) 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros 7
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026 9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 15
SECCIÓN 6 Mantener al día su registro de miembro del plan 18
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 18

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21

SECCIÓN 1 Contactos de BSW SeniorCare Advantage (PPO) 21
SECCIÓN 2 Recibir ayuda de Medicare 25
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) 26
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO) 27
SECCIÓN 5 Seguro Social 28
SECCIÓN 6 Medicaid 29
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 30
SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 34
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador 34

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 36

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 36
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica 37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 43
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 44
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 46
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 47

Índice

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)..... 49

SECCIÓN 1 Información sobre los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 49

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos 52

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por el plan (exclusiones) 132

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D..... 138

SECCIÓN 1 Normas básicas de la cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan 138

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.....139

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 143

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 145

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted quisiera.....146

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....149

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....152

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta.....153

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 154

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos 155

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D..... 159

SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D 159

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de BSW SeniorCare Advantage (PPO).....162

SECCIÓN 3 La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra usted.....162

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible.....164

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial.....164

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....170

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D 170

Índice

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 173

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 173

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió 176

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 177

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 178

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 178

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 186

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 188

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 188

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 188

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para su problema 189

SECCIÓN 4 Guía de decisiones de cobertura y apelaciones 190

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 193

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 203

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si siente que le están dando el alta demasiado pronto 214

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 220

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 224

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otras inquietudes 228

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan 232

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 232

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 232

SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan 235

Índice

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 236

SECCIÓN 5 BSW SeniorCare Advantage (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 236

CAPÍTULO 11: Avisos legales 239

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 239

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....239

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 240

CAPÍTULO 12: Definiciones..... 241

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y servicios y ayudas auxiliares (§92.11) 257

Aviso de no discriminación 259

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de BSW SeniorCare Advantage (PPO)

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

Usted está cubierto por Medicare y elige recibir su cobertura de atención médica y para medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, BSW SeniorCare Advantage (PPO). Nuestro plan cubre 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 son diferentes a los de Original Medicare.

BSW SeniorCare Advantage (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.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BSW SeniorCare Advantage (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 (PPO) desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de BSW SeniorCare Advantage (PPO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2026.

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

Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted será elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla todas estas condiciones:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (como se describe en la Sección 2.2). 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 Área de servicio del plan BSW SeniorCare Advantage (PPO)

BSW SeniorCare Advantage (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 nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Texas: Crosby, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Lamb, Lubbock, Lynn y Terry.

Si se muda fuera del área de servicio del plan, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que se comunique con el Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro del plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BSW SeniorCare Advantage (PPO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este requisito. BSW SeniorCare Advantage (PPO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Utilice su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por nuestro 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 tiene una. Modelo de la tarjeta de miembro del plan:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de BSW SeniorCare Advantage (PPO), es posible que tenga que pagar usted mismo 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* (BSWHealthPlan.com/Medicare) 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 los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que 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. Consulte el Capítulo 3 para obtener información más específica.

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

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla (electrónicamente o en formato impreso) a través de Servicio al Cliente llamando al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las copias de *Directorios de proveedores* en formato impreso solicitadas se le enviarán por correo en un plazo de 3 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 las farmacias que aceptan surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

El *Directorio de farmacias* también indica 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 una copia del *Directorio de farmacias*, puede solicitarla a través de Servicio al Cliente llamando al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar información en nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com/Medicare.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada “Lista de medicamentos” o “formulario”). Esta lista indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BSW SeniorCare Advantage (PPO). El plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados y reemplazados como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de BSW SeniorCare Advantage (PPO).

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite BSWHealthPlan.com/Medicare para solicitar nuestra lista de medicamentos o llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener detalles.	$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener detalles).	De proveedores de la red: $6,400 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: $10,000
Consultas en el consultorio de atención primaria	De proveedores de la red: Copago de $0 por consulta De proveedores fuera de la red: Coseguro del 35% por consulta
Consultas en el consultorio del especialista	De proveedores de la red: Copago de $35 por consulta De proveedores fuera de la red: Coseguro del 35% por consulta

	Sus costos en 2026
Hospitalizaciones	De proveedores de la red: Copago de $325 por día para los días 1-6; copago de $0 por día para los días 7-90 De proveedores fuera de la red: Coseguro del 35% por día
Deducible de cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener detalles).	$300, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos para los Niveles 3-5.
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte las Secciones 4 a 6 del Capítulo 6 para obtener detalles, como la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: Copago de $0 en una farmacia de la red preferida o copago de $5 en una farmacia de la red. • Medicamentos de Nivel 2: Copago de $7 en una farmacia de la red preferida o copago de $14 en una farmacia de la red. • Medicamentos de Nivel 3: Copago de $47 en una farmacia de la red preferida o copago de $47 en una farmacia de la red. Usted paga el monto que sea menor entre un coseguro del 25% y un copago de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	Sus costos en 2026
Cobertura para medicamentos de la Parte D (continuación)	• Medicamentos de Nivel 4: Coseguro del 35% en una farmacia de la red preferida o coseguro del 35% en una farmacia de la red. Usted paga el monto que sea menor entre un coseguro del 25% y un copago de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 5: Coseguro del 29% en una farmacia de la red preferida o coseguro del 29% en una farmacia de la red. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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)

Sección 4.1 Prima del plan

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

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede 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 su cobertura para medicamentos. Si no posee este inserto, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

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 2026* (Medicare y Usted 2026) la sección titulada *2026 Medicare Costs* (Costos de Medicare de 2026). Descargue una copia digital del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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 es posible que pague una prima de la Parte A si no es elegible 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 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 (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.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus costos de medicamentos.
- Estuvo sin una cobertura acreditable por menos de 63 días consecutivos.

- Obtuvo una cobertura acreditable para medicamentos por medio de otra fuente (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. Puede obtener esta información por carta o 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:** Toda carta o 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 de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Funciona como se indica a continuación:

- 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 que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, el monto promedio de la prima será de $38.99.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima base nacional del beneficiario, y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $38.99, que es igual a $5.4586. Esto se redondea en $5.50. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan 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:

- **La multa puede variar cada año** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.

- Si tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para los servicios por envejecimiento en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba comunicándole que tiene que 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 la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre su multa. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las 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 (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) con el ingreso de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figura en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 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 www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA 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 se deducirá 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 habitualmente la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, Medicare le enviará una factura. **Le debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el IRMAA adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener información para hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 la 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 del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D (si debe una)

Existen cinco formas de pagar la multa adeudada.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D 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 número de identificación del miembro con el pago.
- Incluya el cupón de pago que se adjunta 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.

La multa por inscripción tardía de la Parte D vence 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: 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: 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. Después de crearla, seleccione “Make a Payment” (Realizar un pago) y siga los pasos. El pago puede realizarse mediante tarjeta de crédito o cuenta bancaria. También existe la opción de establecer pagos periódicos.

Opción 4: Pagar por teléfono

Puede realizar el pago desde su cuenta bancaria o con 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: Pedir que las multas por inscripción tardía de la Parte D se descuenten de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada

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 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su 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.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada

Nuestra oficina debe recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D antes del día 1 del mes. Si no recibimos 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 debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada dentro del plazo establecido, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de

TTY deben llamar al 711) 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 adeudada, Original Medicare le brindará su cobertura médica. Es posible que no pueda recibir la cobertura para medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de inscripción abierta. (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 las multas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que usted adeuda. Si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes) en el futuro, 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). 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. Consulte el Capítulo 9 para ver 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 queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

No se nos permite modificar el monto de 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 nueva prima 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 la Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para la Ayuda adicional durante el año.

- Si actualmente paga una 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 de la Parte D si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre la Ayuda adicional.

SECCIÓN 6 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 otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y sus montos de costo compartido**. Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener sus datos actualizados.

Si se produce alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización laboral o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como las derivadas de un accidente de automóvil.
- Si ingresa en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera de la zona o de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informar al 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o para medicamentos que tenga para poder coordinarla con los beneficios de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de cualquier otra cobertura médica o para medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no es 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que facilitar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez confirmada su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero (el "pagador principal") paga hasta el máximo de su cobertura. El seguro que paga en segundo término (el "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 tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene cobertura de jubilado, 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 tiene menos de 65 años, está incapacitado y usted (o un miembro de su familia) sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores 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 suelen pagar primero los 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

SECCIÓN 1 Contactos de BSW SeniorCare Advantage (PPO)

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 (PPO) al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

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 (1-866-334-3141, los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica o medicamentos 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:** 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:** 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.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica o medicamentos 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 realizar una queja sobre su atención médica o medicamentos 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 realizar una queja sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llame al	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. 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).

Quejas sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D: información de contacto	
TTY	711 **Parte D:** 711 Las llamadas a este número son gratuitas. 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	Para presentar una queja sobre BSW SeniorCare Advantage (PPO) directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (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 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

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

Solicitudes de pago: información de contacto	
Sitio web	**Solicitudes de servicio médico y de la Parte D:** BSWHealthPlan.com/Medicare

SECCIÓN 2 Recibir ayuda de Medicare

Medicare es 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 (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 (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (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 con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su zona, incluido lo que cuestan y los servicios que ofrecen. • Busque médicos u otros proveedores de atención medica que participen en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas y consultas anuales de “Bienestar”).

Medicare: información de contacto	
Sitio web (continuación)	• Obtenga información y formularios de las apelaciones a Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención prestada por planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencias de asistencia sanitaria a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de BSW SeniorCare Advantage (PPO). **Para presentar una queja ante Medicare,** ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

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 que ofrece ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. 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) lo ayudan 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.

Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud de Texas (HICAP): información de contacto	
Llame al	1-800-252-9240
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Texas Department on Aging and Disability Services 701 West 51st Street, MC: W275 Austin, Texas 78751
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada (Quality Improvement Organization, QIO) que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Texas).

Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Texas) 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 (Organización para la mejora de la calidad de Texas) es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, comuníquese con Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Texas):

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención son medicación incorrecta, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura de 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.

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 con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/bene/helpline

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. El Seguro Social también se encarga de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por la cobertura para medicamentos de la Parte D por tener mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social comunicándole que tiene que pagar el importe adicional y tiene dudas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarlo.

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. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.

Seguro Social: información de contacto	
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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. Medicaid ofrece programas que 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:

- **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, coseguros 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 los programas de ahorro de Medicaid y Medicare, póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto	
Llame al	1-800-252-8263; horarios: 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 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) contiene información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los programas que se indican a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La Ayuda adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si reúne automáticamente los requisitos para recibir Ayuda adicional, Medicare le enviará por correo una carta de color morado para comunicárselo. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para realizar la solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite Ayuda adicional, también podrá iniciar el proceso de solicitud de un Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda para otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información

a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda adicional.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a que nos la comparta.

- Si va a surtir un medicamento con receta y cree que su nivel de copago es superior al que le corresponde por su condición de beneficiario, proporcione a su farmacia una copia de la documentación que pueda tener y que indique su condición de beneficiario de copago inferior. Su farmacia puede llamar al Servicio de Asistencia Farmacéutica al 1-844-230-9357. Se pedirá a su farmacia que envíe por fax a Baylor Scott & White Health Plan, al número 1-254-298-3334, evidencia que corrobore su elegibilidad para un nivel más bajo de costo compartido/copago.
- Cuando tengamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando reciba su próximo medicamento con receta. Si paga de más por su copago, se lo devolveremos, ya sea mediante un cheque o un crédito para futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y usted lo 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. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta.

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

Muchos estados ofrecen asistencia para pagar las recetas, las primas de 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)?

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 de la Parte D de Medicare que también se encuentran incluidos en el formulario del ADAP califican para 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 ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta en función de su necesidad económica, edad, afección médica o discapacidades. 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.

Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP): información de contacto	
Llame al	1-800-255-1090. Horarios: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
Escriba a	Texas HIV Medication Program ATTN: MSJA P.O. Box 149347 MC 1873 Austin, Texas 78714
Sitio web	http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm

Programa para la salud renal (KHC) de Texas: información de contacto	
Llame al	1-800-222-3986. Horarios: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711

Programa para la salud renal (KHC) de Texas: información de contacto	
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

Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que se combina con su cobertura para medicamentos actual y puede ayudarlo a gestionar los costos para medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayuda a ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos. Si ya participa en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

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. Horarios: las 24 horas del día, los siete días de la semana. Servicio al Cliente (1-866-334-3141, los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horarios: las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Escriba a	Capital Rx Attn: M3P Elections 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008-7105

Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto	
Sitio web	https://enrollment.cap-rx.com/BSW_Medicare

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) 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 Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníqueles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB): información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la 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. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada y obtener 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 con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato o a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede

preguntar sobre los beneficios sanitarios de su empleador o jubilación (o de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre la cobertura de Medicare con este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura para medicamentos 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 comprender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber para utilizar nuestro plan y obtener cobertura para su atención médica. Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, utilice la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Red de proveedores y 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 sanitarios.
- 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 total. Nos encargamos de que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores dentro de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan. Cuando acude a un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de sus servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica figuran en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el 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 el plan

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

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

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe 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, consulte la Sección 2).
    - 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.
    - Nota: Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea 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 Utilice 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 (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.

La “coordinación” de sus servicios incluye la comprobación o consulta con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo evoluciona. 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 elegir un 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 registro de miembro.

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 debe elegir a un nuevo PCP 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. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas
- Los ortopedistas tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Cómo acceder a los especialistas y otros proveedores de la red

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 (PPO) no pagará los servicios. Para obtener información sobre la autorización previa o las remisiones, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4. Los especialistas y los centros deben estar

en la red de proveedores contratados para que los servicios se procesen bajo su BSW SeniorCare Advantage (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).

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) en la red del plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tendrá estos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha consultado en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe recibiendo atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a pedir que se le sigan administrando los tratamientos o terapias que sean médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y sobre las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un beneficio o proveedor de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con los costos compartidos dentro de la red. 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 seleccionar 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 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, los proveedores no contratados por nosotros no tienen la obligación de tratarlo, salvo en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que 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.** A continuación encontrará más información importante sobre el uso de 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 caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea 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 tenga 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, solicite una decisión de cobertura antes de la consulta para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios (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 nuestro plan determina que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, el plan puede negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios que ha recibido, tiene derecho a apelar nuestra decisión (consulte el Capítulo 9).
- Es mejor pedir a un proveedor fuera de la red que facture primero a nuestro plan. Pero si ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de dichos servicios. 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).

- 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 (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 Obtener atención si tiene una emergencia médica

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 un deterioro grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia 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, así como cobertura de emergencia y urgencia en todo el mundo, y de cualquier proveedor que posea la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. 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 ayudarlo.

Servicios cubiertos en 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 cuando 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. Nuestro plan cubrirá sus cuidados de seguimiento.

Si recibe los cuidados de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido más alto fuera de la red.

¿Y si no fuera una emergencia médica?

En ocasiones, puede ser difícil determinar si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, puede suceder que usted acuda a una sala de emergencias pensando que su salud está en grave peligro y que el médico le diga que, en realidad, no se trata de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos su asistencia.

Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, el monto del costo compartido que usted paga dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o de proveedores 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 Obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (sin ser una emergencia) es un servicio de urgencia si 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. 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 o si la red del plan no se encuentra disponible temporalmente.

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, atención de urgencia y necesidades de transporte relacionadas con emergencias en todo el mundo, fuera del área continental de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias: Cubrimos servicios de atención de urgencia y emergencia por un valor de hasta $5,000 por año.

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de catástrofe o emergencia en su zona geográfica, sigue teniendo derecho a recibir asistencia de nuestro plan.

Visite BSWHealthPlan.com/Medicare para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con un costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

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

Si pagó más de lo que le correspondía del costo compartido del plan por los servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

BSW SeniorCare Advantage (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. 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 utilizar 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 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una forma que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba determinados estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen requerir la participación de voluntarios. 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 participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que se encuentra participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios prestados en dicho ensayo. Si ha pagado más, por ejemplo, si ya ha abonado el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Tendrá que presentar documentación que nos demuestre cuánto ha pagado.

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 del plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren estudios de desarrollo de cobertura con evidencia según las determinaciones de cobertura nacional [National Coverage Determinations-Coverage with Evidence Development, NCD-CED] y de exención de dispositivos en investigación [Investigational Device Exemption, IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a una autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no es necesaria la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe por adelantado cuando decida participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare.

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

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

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.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo de 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. No obstante, debe presentar la documentación que acredite el costo compartido que ha abonado. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pagos.

> *Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* supongamos que se hace una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de esta prueba es de $20 en Original Medicare, pero la prueba costaría $10 en nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 exigido por Original Medicare. Deberá notificar a nuestro plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico cualificado y presentar la documentación (como una factura del proveedor). Entonces nuestro plan le pagará directamente $10. De este modo, su pago neto por la prueba será de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por ninguno de los siguientes conceptos**:

- 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.
- Productos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas (CT) mensuales que se realicen como parte de un estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada (CT).

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

Obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica), disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que proporciona asistencia para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si la atención en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la 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 Cómo obtener atención en 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 tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico *voluntario* y *no obligatorio* en virtud de ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que usted recibe y que *no* es voluntario o que *es obligatorio* en virtud de la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinde la atención debe estar certificado por Medicare.

- Nuestro plan únicamente cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución prestados 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 No será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar una determinada cantidad de pagos en virtud 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 que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME deben alquilarse.

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 (PPO), 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.** No adquirirá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

¿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 de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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.

Ejemplo 2: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Los pagos que ya haya efectuado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

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

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Sondas y accesorios para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona BSW SeniorCare Advantage (PPO) o deja de necesitar médicamente el equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

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

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, deberá alquilar el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporcionará el equipo y el mantenimiento (usted seguirá siendo responsable del copago por el oxígeno). Luego de 5 años, podrá elegir entre quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, aunque permanezca en la misma compañía, y tendrá que pagar otra vez sus copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar.

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

SECCIÓN 1 Información sobre los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla el monto que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de BSW SeniorCare Advantage (PPO). En esta sección también se informa sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican los límites de determinados servicios.

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

Los tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Copago:** monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted abona un copago en el momento de recibir el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos, encontrará más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted abona un coseguro en el momento de recibir el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos, encontrará más información sobre los coseguros).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si usted se encuentra en alguno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

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 2 límites diferentes que se aplican a lo que paga de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red** es $6,400. 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 usted 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 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 paga $6,400 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 los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. Además, los montos que 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 paga $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 (como se describe 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 que paga de su bolsillo de $1,950 para hospitalizaciones por cuadros agudos **por estadía**. Una vez que haya pagado el monto máximo que paga de su bolsillo de $6,400 dentro de la red o un monto máximo que paga de su bolsillo combinado de $10,000 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, el plan cubrirá sus hospitalizaciones por cuadros agudos sin costo alguno durante el resto **del año**. Tanto el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B como el monto máximo que paga de su bolsillo para hospitalizaciones por cuadros agudos se aplican a las hospitalizaciones por cuadros agudos cubiertas. Esto significa que una vez que haya pagado $6,400 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, el plan cubrirá sus hospitalizaciones por cuadros agudos dentro de la red sin costo alguno para usted durante el resto del año. La Tabla de beneficios médicos muestra los montos máximos que paga de su bolsillo por categoría de servicios.

Sección 1.4 Los proveedores no tienen permitido facturarle saldos

Como miembro de BSW SeniorCare Advantage (PPO), cuenta con una protección importante, ya 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 facturarle 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.

La protección contra la facturación de saldos funciona de la siguiente manera:

- 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. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando reciba atención por parte de proveedores que no pertenezcan a la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los gastos totales), nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (esto se determina 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 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que BSW SeniorCare Advantage (PPO) cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura para medicamentos de la Parte D se analiza en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con estos requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos 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.

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 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*. (Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026* [Medicare y Usted 2026]. Consúltelo en línea, en www.Medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Con respecto a los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también los cubrimos 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 obtiene 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 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Esta manzana indica los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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. Nuestro 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% por esta prueba de detección preventiva.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, se entiende por “dolor lumbar crónico”: • dolor que se prolonga por 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado a ninguna cirugía; y • no está asociado al embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejoría. No podrán administrarse más de 20 tratamientos de acupuntura al 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.	Copago de $45 por cada consulta cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada consulta cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) **Requisitos para proveedores (continuación):** 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 • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (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).		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
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 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 ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Copago de $325 por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje en una sola dirección.	Coseguro del 35% por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Coseguro del 35% por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje en una sola dirección.
Examen físico anual Chequeo completo que incluye una evaluación práctica, análisis de laboratorio si es necesario y una evaluación de los problemas de salud existentes.	Copago de $0 por un examen físico anual.	Coseguro del 35% por un examen físico anual.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
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. Esto 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.
Medición de la masa ósea Para las personas que cumplen los requisitos (en general, personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% para mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.	Coseguro del 35% para las mamografías de detección.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplan determinadas condiciones con prescripción médica. Nuestro 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 consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. Copago de $20 por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. Coseguro del 35% por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 el beneficio preventivo de tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares cubierto por Medicare.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) 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 una vez cada 5 años.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un riesgo elevado de cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad fértil y ha tenido un resultado anormal en la 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 pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos 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 de tratamiento y control del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará en función de los servicios individuales prestados en el curso del tratamiento.	El costo compartido de este servicio variará en función de los servicios individuales prestados en el curso del tratamiento.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. 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 cuando se realiza en un hospital para pacientes externos o un copago de $275 cuando se realiza en un centro independiente.	Coseguro del 35% para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. 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 coseguro del 35% cuando se realiza en un hospital para pacientes externos o un coseguro del 35% cuando se realiza en un centro independiente.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal, cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • 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 los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis para la detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección con extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro clínico.		
*** Servicios odontológicos** En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando ese servicio forma parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
*** Servicios odontológicos (continuación)** Además, cubrimos lo siguiente: **Odontología preventiva y de diagnóstico**		
Exámenes orales: • 1 examen oral cada 6 meses.	Copago de $0 por cada examen oral.	
Radiografías dentales: • 1 radiografía; radiografías de toda la boca una vez cada 60 meses. Las radiografías de aleta de mordida se cubren una vez cada 12 meses.	Copago de $0 por cada radiografía.	
Otros servicios odontológicos de diagnóstico: • Radiografías periapicales se realizan según sea necesario.	Copago de $0 por otro servicio odontológico de diagnóstico.	
Profilaxis (limpieza): • 1 limpieza cada 6 meses.	Copago de $0 por cada limpieza.	
Otros servicios odontológicos preventivos: • 1 consulta por otros servicios odontológicos preventivos; análisis de laboratorio y otras pruebas (por ejemplo, pruebas de vitalidad pulpar) según sea necesario.	Copago de $0 para otros servicios odontológicos preventivos.	
Máximo anual de beneficios:	$3,500 para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales. El máximo de la asignación del plan se aplica a los beneficios tanto dentro como fuera de la red.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
*** Servicios odontológicos (continuación)** **Servicios odontológicos integrales**		
Servicios de restauración: • 1 consulta; los empastes de resina y amalgama están cubiertos una vez por superficie y por diente cada 24 meses. Dentaduras postizas una vez cada 5 años. Las coronas, las incrustaciones, los recubrimientos, los puentes y los implantes se cubren una vez cada 10 años.	Coseguro del 0% al 50% por cada servicio de restauración.	
Endodoncia: • 1 consulta; los tratamientos de conducto están cubiertos una vez por diente de por vida. Recubrimiento pulpar, según sea necesario. Tratamiento pulpar, de apexificación y calcificación una vez por diente de por vida.	Coseguro del 50% por cada servicio de endodoncia.	
Periodoncia: • 1 consulta; cirugía periodontal una vez por cuadrante cada 36 meses. Mantenimiento periodontal por hasta dos veces cada año calendario en combinación con limpiezas profilácticas. 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.	Coseguro del 50% por cada servicio de periodoncia.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
*** Servicios odontológicos (continuación)** **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. **Prostodoncia, removible:** • 1 consulta; dentaduras postizas a través de prostodoncista una vez cada 5 años calendario. Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses. Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses. Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses.	Coseguro del 0% al 50% por cada servicio de prostodoncia removible.	
Servicios de implantes: • 1 consulta; los implantes se cubren una vez por posición dental cada 10 años calendario. Reparaciones de implantes y prótesis implantosoportada por posición dental cada 10 años calendario.	Coseguro del 50% por cada servicio de implante.	
Servicios de prostodoncia, fija: • 1 consulta; dentaduras postizas una vez cada 5 años. Ajustes de dentaduras postizas una vez cada 6 meses. Reparaciones de base o revestimientos dentales una vez cada 36 meses. Un acondicionamiento de tejidos cada 36 meses. Puentes una vez cada 10 años.	Coseguro del 0% al 50% por cada servicio de prostodoncia fija.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
*** Servicios odontológicos (continuación)** **Servicios de cirugía oral y maxilofacial:** • 1 consulta; cirugía oral para extracciones simples y quirúrgicas. Incluye una biopsia por cepillado cada 24 meses. La alveoloplastia junto con extracciones se cubre una vez por cuadrante de por vida.	Coseguro del 50% por cada servicio oral y maxilofacial.	
Servicios generales complementarios: • 1 consulta; consultas una vez cada 12 meses. Anestesia general y sedación intravenosa, según sea médica u odontológicamente necesario. Moldes de diagnóstico según sea necesario.	Coseguro del 50% por cada servicio general complementario.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
*** Servicios odontológicos (continuación)** Metropolitan Life Insurance Company administra y paga los beneficios para servicios odontológicos. 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 una prueba de detección de depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o remisiones.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.	Coseguro del 35% para una consulta anual de detección de depresión.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 estos 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 2 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 las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	Copago de $0 por suministros de control para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare.	Coseguro del 35% por suministros de control para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación) • Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • 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 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 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.	La cobertura para los monitores de glucosa y las tiras reactivas se limita a las marcas Accu-Chek y Contour producidas por Roche y Ascensia. 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, las tiras reactivas que superen los límites de cantidad cubiertos por Medicare y CGM requieren autorización previa. Copago de $0 por zapatos terapéuticos o plantillas ortopédicas para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare. Copago de $0 por servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.	La cobertura para los monitores de glucosa y las tiras reactivas se limita a las marcas Accu-Chek y Contour producidas por Roche y Ascensia. 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, las tiras reactivas que superen los límites de cantidad cubiertos por Medicare y CGM requieren autorización previa. Coseguro del 35% por zapatos terapéuticos o plantillas ortopédicas para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare. Coseguro del 35% por servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y el 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. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare.	Coseguro del 20% por equipo médico duradero cubierto por Medicare. 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. Se requiere autorización previa.	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.
ECG después de la consulta “Bienvenido a Medicare” Medicare cubre un electrocardiograma o una prueba de detección por ECG de rutina si recibe una orden de su médico u otro proveedor de atención médica durante su consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”.	Copago de $0 por un ECG después de la consulta “Bienvenido a Medicare”.	Coseguro del 35% por un ECG después de la consulta “Bienvenido a Medicare”.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención de emergencia La atención de emergencia son servicios que: • Presta un proveedor calificado para ofrecer ese tipo de servicios. • 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. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que recibe dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la fila *Servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo* para conocer los detalles.	Copago de $130 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare. No se aplica el costo compartido de la sala de emergencia si, en un plazo de 24 horas, lo vuelven a hospitalizar 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.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Programas educativos sobre salud y bienestar Los beneficios incluyen: **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 actividad física: puede visitar un centro de actividad física participante o una Asociación Cristiana de Jóvenes (Young Men's Christian Association, YMCA) cerca de usted para participar en el programa.[1] También tiene acceso a la red de actividad física premium (Premium Fitness Network), que incluye opciones adicionales de centros y estudios de actividad física 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 actividad física participantes también ofrecen clases de bajo impacto que se enfocan en mejorar y aumentar la fuerza y resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación.	Copago de $0 por el beneficio de actividad física. Los beneficios incluyen registro de actividades y actividad física.	Copago de $0 por el beneficio de actividad física. Los beneficios incluyen registro de actividades y actividad física.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) • Kits de actividad física en el hogar: usted es elegible para recibir un Kit de actividad física en el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de actividad física. • 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.[2] • 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®).		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) • Entrenamiento personal virtual FitnessCoach™: puede participar en hasta ocho sesiones virtuales en vivo por año con un preparador físico personal certificado.[3] • 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.[4] • Silver&Fit Connected!™: la herramienta Silver&Fit Connected! puede asistirle en el seguimiento de su actividad.[5] El programa Silver&Fit tiene **Something for Everyone®** (Algo para todo el mundo). [1] Los servicios de membresía no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no serán reembolsados. [2] 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) [3] Se aplican tarifas y limitaciones. [4] El programa Silver&Fit no es un proveedor médico ni farmacéutico, y sus entrenadores no ofrecen asesoramiento médico ni farmacéutico. No pueden diagnosticar ni tratar afecciones médicas, mentales o de otro tipo, ni lo hacen. Los entrenadores proporcionan información general con fines educativos únicamente. Ante cualquier duda médica o relacionada con la salud, consulte a un profesional de la salud calificado. [5] 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) El programa Silver&Fit lo proporciona 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, tarifas de membresía y restricciones. La participación en los centros de actividad física puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios. Los kits pueden variar.		
Servicios auditivos Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes externos cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	Copago de $40 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.	Coseguro del 35% por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.
Los beneficios adicionales incluyen: *** Exámenes auditivos de rutina:** • 1 examen por año **Adaptación y evaluación de audífonos:** • 1 consulta por año	Copago de $0 para un examen auditivo de rutina cada año. Copago de $0 por cada consulta de adaptación y evaluación de audífonos.	Coseguro del 35% para un examen auditivo de rutina cada año. Coseguro del 35% por cada consulta de adaptación y evaluación de audífonos.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios auditivos (continuación) **Audífonos con receta, todos los tipos:** • 1 audífono por oído • Audífonos de venta libre: 1 audífono por oído * Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	Hasta un monto máximo de cobertura del plan de $1,000 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos recetados dentro y fuera de la red. Este monto se combina con los audífonos de venta libre. Copago de $0 por audífonos con receta, de todos los tipos. Monto máximo de cobertura del plan de $1,000 cada 3 años para audífonos de venta libre. Este monto se combina con los audífonos recetados. Copago de $0 por audífonos de venta libre.	Coseguro del 35% para audífonos con receta, todos los tipos. Coseguro del 35% para audífonos de venta libre.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses Si usted está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas preventivas de detección del VIH cubiertas por Medicare.	Coseguro del 35% para las pruebas preventivas de detección del VIH cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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, incluidos los de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación del paciente no cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio.	Coseguro del 0% al 20% para servicios de tratamiento de infusión a domicilio cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% para servicios de tratamiento de infusión a domicilio cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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. Nuestro 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 nuestros, controlados por nosotros o en los que tenemos 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 lo ingresan en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro 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 (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 (PPO).

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 relacionados 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 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 (como en el caso de 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 según Original Medicare. **Para servicios cubiertos por BSW SeniorCare Advantage (PPO), pero no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare:** BSW SeniorCare Advantage (PPO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por 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 nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:** si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal 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. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información.	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% para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios de hospitalización por cuadros 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 usted ingresa formalmente en el hospital por orden del médico. El día anterior al alta es su último día de hospitalización. 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 periódicos. • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare, usted paga: copago de $325 por día para los días 1-6; copago de $0 por día para los días 7-90 El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Costo por día de reserva de por vida: Copago de $325 por día para los días 1-6; copago de $325 por día para los días 7-60	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare, usted paga: coseguro del 35% por día

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados. • 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.	Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será ingresado en el hospital. Si obtiene atención 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. Se requiere autorización previa.	Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será ingresado en el hospital. Si obtiene atención 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.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (así como de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios médicos. **Nota:** Para que usted sea un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del 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. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare, *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en www.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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
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.	Para hospitalizaciones para recibir atención de salud mental cubiertas por Medicare, usted paga: copago de $318 por día para los días 1-5; copago de $0 por día para los días 6-90 El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Costo por día de reserva de por vida: Copago de $318 por día para los días 1-5; copago de $318 por día para los días 6-60 Se requiere autorización previa.	Para hospitalizaciones para recibir atención de salud mental cubiertas por Medicare, usted paga: coseguro del 35% por día
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no la cubriremos. 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.	**Servicios médicos** Consulte la fila *Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico*.	**Servicios médicos** Consulte la fila *Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico*.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Pruebas de diagnóstico (como 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. • 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.	**Servicios de radiología y de diagnóstico, vendajes quirúrgicos y entablillados** Consulte la fila *Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.* **Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes externos** Consulte la fila *Dispositivos ortésicos y protésicos, y suministros relacionados.* **Servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional** Consulte la fila *Servicios de rehabilitación para pacientes externos.*	**Servicios de radiología y de diagnóstico, vendajes quirúrgicos y entablillados** Consulte la fila *Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.* **Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes externos** Consulte la fila *Dispositivos ortésicos y protésicos, y suministros relacionados.* **Servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional** Consulte la fila *Servicios de rehabilitación para pacientes externos.*

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
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 otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas por año a partir de entonces. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda 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% para miembros elegibles por servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 cubren para las personas elegibles 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 el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:** • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios para pacientes externos o en centros quirúrgicos para pacientes externos.	Coseguro del 0% al 20% para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare. Coseguro del 0% al 20% para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.	Coseguro del 35% para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare. Coseguro del 35% para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Medicamentos 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 nuestro 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.	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 que un copago de $35 por un suministro para un mes de insulina cubierta, cuando se utiliza en una bomba de insulina. No se aplican deducibles por categoría de servicio o nivel del plan.	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 que un coseguro del 35% por un suministro para un mes de insulina cubierta, cuando se utiliza en una bomba de insulina. No se aplican deducibles por categoría de servicio o nivel del plan.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • 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 cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que recibe medicamentos inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • 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. • 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. • Ciertos medicamentos para una enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos calciomiméticos y aglutinantes de fosfatos 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). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición enteral y parenteral (alimentación intravenosa o por sonda). Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado: BSWHealthPlan.com/Medicare.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio para medicamentos 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 de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.		
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si tiene un índice de masa corporal igual o superior a 30, le ofrecemos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.	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.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
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 (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos 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. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas.	Copago de $45 por servicios de tratamiento para el consumo de opioides cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% por servicios de tratamiento para el consumo de opioides cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento con 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 (así como de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite.	**Radiografías para pacientes externos** Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología terapéutica** Coseguro del 20% para servicios cubiertos por Medicare (como la radioterapia para el cáncer). **Suministros médicos** Coseguro del 20% por suministros cubiertos por Medicare. **Servicios de laboratorio** Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de sangre** Coseguro del 20% para servicios cubiertos por Medicare.	**Radiografías para pacientes externos** Coseguro del 35% para servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología terapéutica** Coseguro del 35% para servicios cubiertos por Medicare (como la radioterapia para el cáncer). **Suministros médicos** Coseguro del 35% por suministros cubiertos por Medicare. **Servicios de laboratorio** Coseguro del 35% para servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de sangre** Coseguro del 35% para servicios cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (ECG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicite para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos.	**Pruebas y procedimientos de diagnóstico** Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología de diagnóstico** Copago de $0 a $300 por servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas [MRI] y tomografías computarizadas [CT]). Se requiere autorización previa.	**Pruebas y procedimientos de diagnóstico** Coseguro del 35% para servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología de diagnóstico** Coseguro del 35% por servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas [MRI] y tomografías computarizadas [CT]).
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.	Coseguro del 20% por servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.	Coseguro del 35% por servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) 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. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare, *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en www.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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o 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.	**Servicios de emergencia** Consulte la fila *Atención de emergencia*. **Cirugía para pacientes externos** Consulte las filas *Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios* y *Observación hospitalaria para pacientes externos*. **Pruebas de laboratorio y diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos** Consulte la fila *Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.*	**Servicios de emergencia** Consulte la fila *Atención de emergencia*. **Cirugía para pacientes externos** Consulte las filas *Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios* y *Observación hospitalaria para pacientes externos*. **Pruebas de laboratorio y diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos** Consulte la fila *Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.*

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios hospitalarios 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 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.	**Atención de salud mental y hospitalización parcial** Consulte las filas *Atención de salud mental para pacientes externos* y *Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos.* **Medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar** Consulte la fila *Medicamentos de la Parte B de Medicare.* Se requiere autorización previa.	**Atención de salud mental y hospitalización parcial** Consulte las filas *Atención de salud mental para pacientes externos* y *Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos.* **Medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar** Consulte la fila *Medicamentos de la Parte B de Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 cubierta por Medicare. Copago de $40 por cada consulta de terapia individual con un profesional de la salud mental (que no sea un psiquiatra) cubierta por Medicare. Copago de $40 por cada consulta de terapia grupal con un profesional de la salud mental (que no sea un psiquiatra) cubierta por Medicare.	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. Coseguro del 35% por cada consulta de terapia individual con un profesional de la salud mental (que no sea un psiquiatra) cubierta por Medicare. Coseguro del 35% por cada consulta de terapia grupal con un profesional de la salud mental (que no sea un psiquiatra) cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el 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 para trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos La cobertura incluye los servicios de tratamiento que se prestan en el departamento para pacientes externos de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una hospitalización para el tratamiento de la drogodependencia o que necesitan tratamiento pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se encuentran en el entorno hospitalario para pacientes internados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que generalmente se aplican a la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes externos.	Copago de $45 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de $45 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Coseguro del 35% por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos (continuación) Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener autorización de BSW SeniorCare Advantage (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.		
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a someterse a una intervención quirúrgica en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será 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 para cirugías de pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de $275. Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos, usted paga un copago de $350. Se requiere autorización previa.	Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un coseguro del 35%. Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos, usted paga un coseguro del 35%.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Artículos de venta libre Los artículos de venta libre son medicamentos y productos relacionados con la salud que no requieren receta. Los beneficios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Medicamentos de venta libre • Producto relacionado con el cuidado de los ojos • Bienestar • Cuidado personal • Naloxona	Asignación de $130 para artículos de venta libre cada 3 meses. La parte no utilizada no se traslada al período siguiente. La tarjeta de venta libre será proporcionada por InComm por correo y estará lista para usar cuando llegue.	
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.	Copago de $40 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa. Copago de $40 por servicios intensivos del programa para pacientes externos cubierto por Medicare.	Coseguro del 35% por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Coseguro del 35% para servicios intensivos del programa para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos (continuación) 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.		
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios que reciba en el consultorio de un médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en el departamento de pacientes externos de un hospital o en cualquier otro lugar.	Copago de $0 por cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, como los siguientes: ○ Resfrío o gripe. ○ Alergias/problemas relacionados con los senos nasales. ○ Afecciones cutáneas. ○ Abandono del tabaco. ○ Problemas estomacales y digestivos. ○ Afecciones oculares leves. ○ 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 $35 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Por cada consulta cubierta por Medicare con otros profesionales sanitarios (como enfermeros practicantes y asistentes médicos), abona un copago de $45. Para los beneficios adicionales de telesalud, abona un copago de $0 por los servicios médicos de atención primaria, servicios de médicos especialistas, sesiones individuales para servicios psiquiátricos o sesiones de grupo para servicios psiquiátricos.	Coseguro del 35% por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Por cada consulta cubierta por Medicare con otros profesionales sanitarios (como enfermeros practicantes y asistentes médicos), abona un coseguro del 35%.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 MDLIVE. Se puede acceder a MDLIVE a través del portal para miembros en myBSWHealth.com o la aplicación MyBSWHealth disponible en App Store 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 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 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • 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. • 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 de servicios de podiatría cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada servicio de podiatría cubierto por Medicare.
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional sanitario determina que corre un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos la medicación de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si usted reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicación oral o inyectable para la PrEP aprobada por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos los gastos de la inyección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.	Coseguro del 35% para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación) • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (que incluyen la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.		
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente 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. Coseguro del 35% por un tacto rectal anual cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 tabla.	Coseguro del 20% para dispositivos protésicos y ortésicos cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% por suministros relacionados cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.	Coseguro del 35% para dispositivos protésicos y ortésicos cubiertos por Medicare. Coseguro del 35% por suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y cuentan con una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de $15 por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes. Si da positivo en una prueba de consumo abusivo de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial al año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un centro 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.
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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de 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.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) **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 un 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:* los miembros deben 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención medica calificado la solicita y usted cumple una de estas condiciones: • Corre un riesgo elevado porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945-1965 y no se lo considera de alto riesgo, le pagamos una prueba de detección una vez. Si corre un riesgo elevado (por ejemplo, si ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de la hepatitis C, que dio negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 2 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 cubrimos 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 el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 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.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla.		
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12, encontrará una definición de "atención en un 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. • Servicios de enfermería especializada.	No se requiere hospitalización previa al ingreso. Para estadías en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga: copago de $0 por día para los días 1-20; copago de $218 por día para los días 21-100. Se requiere autorización previa.	No se requiere hospitalización previa al ingreso. Para estadías en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga: coseguro del 35% por día para los días 1-20; coseguro del 35% por día para los días 21-100.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de nuestro 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 (así como de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 obtiene en centros de la red. 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 cuidados continuados para jubilados donde vivía justo antes de ingresar en el hospital (siempre que proporcione 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 para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para los pacientes externos y hospitalizados que cumplan estos criterios: • Consuman tabaco, independientemente de que presenten signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco.	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.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) (continuación) • Sean competentes y estén alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de abandono del tabaco al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones al año).		
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.	Copago de $0 por cada consulta para SET cubierta por Medicare.	Coseguro del 35% por cada consulta para SET cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación) • Realizarse 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.		

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	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 si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio, cuando no es razonable, a raíz del momento, el lugar y las circunstancias, obtener ese servicio de los proveedores de la red. Nuestro 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. 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 o si la red del plan no se encuentra disponible temporalmente. La atención de urgencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la fila *Servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo*.	Copago de $50 por cada consulta cubierta por Medicare. No se aplica el costo compartido de los servicios de atención de urgencia si, en un plazo de 24 horas, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Original Medicare no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos 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 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía.	**Atención de la vista cubierta por Medicare** Copago de $40 por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar problemas oftalmológicos. Copago de $0 por una prueba anual de detección de glaucoma. Copago de $0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.	**Atención de la vista cubierta por Medicare** Coseguro del 35% por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar problemas oftalmológicos. Coseguro del 35% por una prueba anual de detección de glaucoma. Coseguro del 35% por un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Atención de la vista (continuación) **Los beneficios adicionales incluyen:** • Exámenes de la vista de rutina: 1 examen por año. Los exámenes de la vista de rutina incluyen una evaluación para determinar la necesidad de lentes correctivos, como anteojos o lentes de contacto. Esto también puede incluir refracciones oculares realizadas por enfermeros practicantes. • Anteojos (lentes y marcos): 1 par por año. • Lentes de anteojos: 1 par por año. • Marcos de anteojos: 1 par por año. • Lentes de contacto: 12 pares por año.	Copago de $0 por cada consulta de examen de la vista de rutina. Monto máximo de cobertura del plan de $150 al año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare dentro y fuera de la red. Copago de $0 para anteojos de rutina. Copago de $0 para lentes de anteojos de rutina. Copago de $0 para marcos de anteojos de rutina. Copago de $0 para lentes de contacto de rutina.	Coseguro del 35% por cada consulta de examen de la vista de rutina. Monto máximo de cobertura del plan de $150 al año para todos los lentes y accesorios no cubiertos por Medicare dentro y fuera de la red. Coseguro del 35% para anteojos de rutina. Coseguro del 35% para lentes de anteojos de rutina. Coseguro del 35% para marcos de anteojos de rutina. Coseguro del 35% para lentes de contacto de rutina.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro 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 quiere 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*.
*** Servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo** Los beneficios incluyen: • Atención de emergencia • Atención de urgencia • Servicios de transporte para atención de emergencia/urgencia * Los servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $5,000 por año para el beneficio en todo el mundo. Copago de $0 por cada consulta de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Copago de $0 por cada consulta de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Copago de $0 por cada servicio de transporte de atención de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

En la tabla siguiente, figuran los servicios y artículos que no están cubiertos en ningún caso o que solo lo están en condiciones específicas.

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 tomamos sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos	Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad malformada. 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.
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.	Sin cobertura en ninguna circunstancia.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
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.	Pueden estar cubiertos por Original Medicare en el marco de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Honorarios cobrados por el cuidado de sus familiares directos o miembros de su hogar	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Cuidados de enfermería a tiempo completo en su domicilio	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Comidas a domicilio	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Servicios de empleada doméstica incluyendo ayuda básica en el hogar, tal como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo de la pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de atención de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Habitación privada en un hospital	Se cubre únicamente cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	Sin cobertura en ninguna circunstancia.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión deficiente	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Cuidado de los pies de rutina	Cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si padece diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las normas de Original Medicare	Sin cobertura en ninguna circunstancia.

Exclusiones adicionales:

- Servicios prestados a veteranos en instalaciones de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, 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 de nuestros montos de costo compartido.
- La cobertura para medicamentos se limita a los medicamentos recetados u ordenados por un proveedor y utilizados por el suscriptor mientras está en el hospital. No se cubren los medicamentos para llevar al domicilio, salvo en la medida en que los cubra Medicare, como los medicamentos contra las náuseas después de la quimioterapia.
- Exámenes físicos e informes para cualquier fin que no sea la atención médica necesaria, como empleo, licencias, seguros, estudios o viajes.
- Servicios cuyo reembolso estaría disponible para un Suscriptor por la atención de una lesión o enfermedad ocupacional en circunstancias cubiertas por cualquier ley de responsabilidad del empleador.
- Pruebas psicológicas o de otro tipo no necesarias desde el punto de vista médico con 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 en virtud de este acuerdo.
- Tratamiento de heridas o enfermedades de guerra.
- Los servicios arriba indicados que no estén cubiertos seguirán sin estarlo aunque se reciban en un centro de emergencias.
- Ayudas artificiales, aparatos correctores y suministros médicos, como baterías, preservativos, apósitos, jeringas, dentaduras postizas, audífonos, anteojos y lentes correctoras (salvo que se especifique en el Capítulo 4).

- Costos o gastos relacionados con la cumplimentación o copia de formularios médicos o de otro tipo.

Seguro dental: exclusiones

1. Los servicios que no sean necesarios desde el punto de vista odontológico, los que no cumplan los estándares de atención generalmente aceptados para el tratamiento de la afección odontológica concreta o los que consideremos de carácter experimental.
2. Servicios por los que usted no tendría que pagar en ausencia de seguro dental.
3. Servicios o suministros recibidos por usted antes de que comience el seguro dental de esa persona.
4. Servicios que son principalmente estéticos.
5. 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 y el pulido de los dientes.
6. Servicios o aparatos que restauran o alteran la oclusión o la dimensión vertical.
7. Restauración de la estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión, a menos que sea causada por una enfermedad.
8. Restauraciones o aparatos utilizados con fines de ferulización periodontal.
9. Asesoramiento o instrucción sobre higiene bucal, control de la placa, nutrición y tabaco.
10. Suministros o dispositivos personales, incluidos, entre otros: irrigadores bucales, cepillos de dientes o hilo dental.
11. Decoración, personalización o incrustación de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo odontológico.
12. Faltar a las citas.
13. Servicios cubiertos por cualquier ley de compensación laboral o enfermedad laboral.
14. Servicios cubiertos en virtud de las leyes de responsabilidad civil de algún empleador.
15. Servicios que el empleador de la persona que reciba dichos servicios no tiene la obligación de pagar.
16. Servicios prestados en un centro administrado por el titular de la póliza, sindicato laboral, asociación de beneficio mutuo u hospital de VA.
17. Servicios cubiertos por otras coberturas proporcionadas por el titular de la póliza.
18. Restauraciones temporales o provisionales.
19. Aparatos temporales o provisionales.
20. Medicamentos con receta.

21. Servicios para los que la documentación presentada indica un mal pronóstico.
22. Servicios, en la medida en que estos o sus beneficios estén disponibles en virtud de un plan gubernamental. Esta exclusión se aplicará tanto si la persona que recibe los servicios está inscrita en el Plan gubernamental como si no. No excluiremos el pago de beneficios por dichos servicios si el Plan gubernamental exige que se pague primero el seguro dental de la Póliza colectiva.
23. Lo siguiente, cuando lo cobre el odontólogo por separado: cumplimentación del formulario de reclamación; control de infecciones, como guantes, mascarillas y esterilización de suministros; o anestesia local, sedación consciente no intravenosa o analgesia, como óxido nitroso.
24. Los servicios odontológicos derivados de lesiones accidentales de los dientes y las estructuras de soporte, excepto las lesiones de los dientes debidas a la masticación o mordedura de alimentos.
25. Pruebas de susceptibilidad a la caries.
26. Vitalidad pulpar, fotografías de diagnóstico y estudios bacteriológicos para la determinación de agentes bacteriológicos.
27. Toma y preparación de muestras genéticas para su análisis en laboratorio y elaboración del informe correspondiente.
28. Sellantes o reparaciones de sellante.
29. Mantenedores de espacio.
30. Tratamiento paliativo de emergencia para aliviar el dolor de muelas.
31. Accesorios de precisión, excepto cuando estén relacionados con prótesis de implantes.
32. Ajuste de una dentadura postiza realizada dentro de los 6 meses de su colocación, por parte del mismo dentista que la colocó.
33. Ajustes oclusales.
34. Aparatos fijos y removibles para la corrección de hábitos nocivos.
35. Aparatos o tratamientos para el bruxismo (rechinar los dientes), incluidos, entre otros, protectores oclusales y protectores nocturnos.
36. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) e imágenes de diagnóstico por haz cónico.
37. Servicios o aparatos de ortodoncia.
38. Reparación o sustitución de un dispositivo de ortodoncia.
39. Duplicado de prótesis o aparatos.
40. Sustitución de un aparato, corona colada o dentadura postiza que se hayan perdido o hayan sido robados.
41. Imágenes fotográficas intra y extraorales.

42. Tratamientos con flúor.

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

SECCIÓN 1 Normas básicas de la cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Por lo general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas normas:

- Debe tener un proveedor (un médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le haga una receta válida según la legislación estatal aplicable.
- Su persona autorizada a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusiones o preclusiones de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta (consulte la Sección 2) o puede hacerlo a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación previa de nuestro plan en función de determinados criterios para aceptar la cobertura. (Para obtener más información, consulte la Sección 4).

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

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 cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.4).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (BSWHealthPlan.com/Medicare) o llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido 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. Póngase en contacto con nosotros para obtener más información sobre cómo pueden variar los costos que paga de su bolsillo en función de los distintos medicamentos.

Si su farmacia deja de estar en la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Si la farmacia que usa 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, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o busque en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com/Medicare.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.

- 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 problemas para obtener los medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que prestan servicio al Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense / Programa de Salud Indígena Tribal / Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra 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 el uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* (BSWHealthPlan.com/Medicare) o llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro del medicamento para al menos 30 días y no más de 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Capital Rx al 1-833-240-3340 y siga las indicaciones.

Por lo general, un pedido de farmacia por correo se le entregará en un plazo máximo de 14 días. Si no recibe su medicamento dentro de los 14 días, comuníquese con Capital Rx al 1-833-240-3340 y siga las indicaciones.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas 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
- 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 al 1-833-240-3340 y siguiendo las indicaciones.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no fue contactado para confirmar si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para a un reembolso.

Si utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nueva, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-833-240-3340 y siguiendo las indicaciones.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de pedido por correo y/o decide interrumpir el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para confirmar si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para indicar si desea que la receta nueva se envíe, se retrase o se cancele.

Para darse de baja de las entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-833-240-3340 y siguiendo las indicaciones.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que su medicamento está próximo a agotarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para confirmar que necesita más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si aún tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se le acabe la receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para dejar de participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedido por correo, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-833-240-3340 y siguiendo las indicaciones.

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 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 deberá 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 2.2.

Sección 2.4 Cómo utilizar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

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. También 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 llamando al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red en estas circunstancias:

- El medicamento se receta para una urgencia o emergencia médica.
- Usted no puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- 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).

Si tiene que acudir a una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte del costo normal) en el momento de obtener el medicamento. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan). 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.

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**.

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

La Lista de medicamentos solo muestra los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro 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 FDA para el diagnóstico o la afección para la cual se receta.
- 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.

Medicamentos que no se incluyen 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, consulte la Sección 7).
- 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 5 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 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1 – Genéricos preferidos (nivel más bajo de costo compartido)
- Nivel 2 – Genéricos
- Nivel 3 – De marca preferida
- Nivel 4 – Medicamentos no preferidos
- 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, se incluye el monto que usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Para averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos, existen las siguientes opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.

- Visite el sitio web del plan (BSWHealthPlan.com/Medicare). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (myBSWHealth.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos a fin de obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

En el caso de determinados medicamentos con receta, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos creó estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de las formas más eficaces. 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 2 por día, comprimidos en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tiene**

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 deben obtener la autorización del plan en función de criterios específicos 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 aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa del plan pueden consultarse llamando a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web BSWHealthPlan.com/Medicare.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo anima a probar medicamentos menos costosos, pero normalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de tratamiento escalonado del plan pueden consultarse llamando a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web BSWHealthPlan.com/Medicare.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar un solo comprimido al día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a un máximo de un comprimido al día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted quisiera

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O puede que esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar.

- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura.
- El medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que cree que debería ser.

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 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

- 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, nuestro plan deberá proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya se está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro 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 nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro 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 una 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 de nuestro plan por más de 90 días y vivan 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 para obtener más detalles.**

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan puede funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 pueda ser adecuado para usted.

Opción 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, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para averiguar qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, a continuación se indica qué puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber otro medicamento en un nivel inferior de costo compartido que funcione igual de bien para usted. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 pueda ser adecuado 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, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos 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.

Información sobre los cambios en la cobertura para 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 ocasiones, recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura para medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e <u>inmediatamente</u> 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 tome el medicamento que eliminamos o sometemos a los cambios. Si toma 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.**
    - Cuando se agregue otra 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 toma 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 la 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 este año del plan

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 en la Lista de medicamentos que no lo afectarán durante el año del plan actual son los siguientes:

- Colocamos su medicamento en un nivel superior de costo compartido.
- 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 tome (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 toma que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. 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 indican 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede incluir un medicamento que pudiera estar 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 FDA.

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 favorecer la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines estéticos o para favorecer el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales de venta con receta, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante exija como condición de venta que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren solo al fabricante.

Si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no cubre. 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. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura para medicamentos puede estar a su disposición. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Para obtener un medicamento con receta, facilite los datos de membresía de nuestro plan (que figuran en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan la parte que *nos* corresponde del costo del medicamento. Usted tiene que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento.

Si no lleva consigo los datos de miembro de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamarnos para obtener la información, o puede pedir a la farmacia que busque los datos de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento cuando lo retire.** Luego puede **solicitarnos que le**

reembolsemos la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

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 deje el hospital o el centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que cumplan todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 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* en 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura para medicamentos de un empleador o de un plan grupal de jubilados

Si tiene otra cobertura para medicamentos 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.** Puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos 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 paga 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 estándar de Medicare.

Guarde todos los avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo una 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 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 retrasos en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de atención de hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se lo notifique antes de obtener el medicamento.

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 cualquier retraso en la farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y administración de medicamentos

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

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

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma 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 de medicamentos con ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si detectamos un posible problema en su consumo de medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma 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 determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que recibe 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 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. 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 los ayuda 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, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y 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 debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma. 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 que hable con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la 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. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, con su identificación) por si acude al hospital o a una sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquenos, y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:
Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

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 su cobertura para medicamentos. Si no posee este inserto, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

En este capítulo, usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos se incluyen en la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por la ley.

Para entender la información sobre los pagos, tiene que saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener los medicamentos con receta y qué normas debe seguir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura para medicamentos (myBSWHealth.com), el costo que aparece brinda 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Existen 3 tipos diferentes de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que es posible que le soliciten que pague:

- **Deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que recibe un medicamento con receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que recibe un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su bolsillo

Medicare tiene normas que regulan lo que cuenta y lo que no cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para controlar los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos <u>se incluyen</u> 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 de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago de sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago de sus medicamentos realizado por la Ayuda adicional de Medicare, por los planes de salud de un empleador o sindicato, por TRICARE, por el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y por la mayoría de los SPAP y de las organizaciones benéficas.

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 $2,100 en el año calendario, pasa 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 adquiridos fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por el plan.
- 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 que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos realizados por determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y 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.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, debe comunicárselo a nuestro plan llamando al Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los costos totales que paga de su bolsillo

- La *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que usted recibe incluye el monto total actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance $2,100, en la *EOB de la Parte D* 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**. Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de BSW SeniorCare Advantage (PPO)

Hay **3 etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura para medicamentos según BSW SeniorCare Advantage (PPO). El monto que paga por cada medicamento con receta 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 explican en 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 La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra usted

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando los obtiene en la farmacia. De este modo, podemos indicarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos registro de 2 tipos de costos:

- **Costos que paga de su bolsillo:** esto es lo que usted pagó. 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 TRICARE, por el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y por la mayoría de los SPAP.
- **Costos totales de los 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 ofrece información sobre el pago de los medicamentos con receta del mes anterior. Muestra el costo total de los

medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

- **Totales del año desde el 1 de enero.** Aquí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios 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.** Muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted realiza por ellos, utilizamos los registros que nos proporcionan las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener sus datos correctos y actualizados:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos permite conocer los medicamentos que adquiere y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un 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**. 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 abona un copago por medicamentos suministrados en el marco de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle al plan que le devuelva la parte del costo que nos corresponde pagar. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener instrucciones para hacerlo.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hacen 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 cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. 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 $300 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. El costo total no puede superar el precio máximo justo más los gastos de dispensación de los medicamentos con precios negociados en el marco del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que pague $300 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 La Etapa de cobertura inicial

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 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.

Nuestro plan tiene 5 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 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: Genéricos preferidos (nivel más bajo de costo compartido)
- Nivel 2: Genéricos
- Nivel 3: De marca preferida

  Usted paga el monto que sea menor entre un coseguro del 25% y un copago de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos

  Usted paga el monto que sea menor entre un coseguro del 25% y un copago de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- 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 preferido. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar.
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta dispensado en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan (BSWHealthPlan.com/Medicare).

Sección 5.2 Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto

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

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.

Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (Suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (Suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (Suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (Suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	Copago de $5	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $5	Copago de $5
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	Copago de $14	Copago de $7	Copago de $0	Copago de $14	Copago de $14
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferida)	Copago de $47	Copago de $47	Copago de $47	Copago de $47	Copago de $47

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (Suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (Suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (Suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (Suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro para hasta 30 días)
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 35%	Coseguro del 35%	Coseguro del 35%	Coseguro del 35%	Coseguro del 35%
Nivel 5 de costo compartido (De especialidad)	Coseguro del 29%	Coseguro del 29%	Coseguro del 29%	Coseguro del 29%	Coseguro del 29%

Usted no pagará más de $35 por un suministro para un mes de 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

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico prefieran que tenga un suministro de medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedir a su médico que le recete, y a su

farmacéutico que le dispense, un suministro para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si tiene que abonar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de por un mes entero. 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 Sus costos por un suministro de un medicamento cubierto de la Parte D 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.

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.

Sus costos por un suministro de un medicamento cubierto de la Parte D a *largo plazo* (para hasta 90 días)

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (Suministro para 90 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (Suministro para 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (Suministro para 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	Copago de $15	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	Copago de $42	Copago de $14	Copago de $0

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (Suministro para 90 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (Suministro para 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (Suministro para 90 días)
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferida)	Copago de $141	Copago de $94	Copago de $94
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 35%	Coseguro del 35%	Coseguro del 35%
Nivel 5 de costo compartido (De especialidad)	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.

Usted no pagará más de $70 por un suministro para hasta 2 meses ni más de $105 por un suministro para hasta 3 meses de 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 $2,100

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los $2,100. 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 $2,100 de gastos que pagan de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En 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 $2,100 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 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D

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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es 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 3 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. **El lugar en el que recibe la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio médico.

3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que pague en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar en función de las circunstancias y de la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando reciba una vacuna, es probable que deba pagar el costo total tanto por la vacuna en sí como por el costo del proveedor que se la administre. 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, significa que se le reembolsará el costo total que haya pagado.
- Otras veces, cuando obtenga una vacuna, solo paga 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 paga nada.

A continuación, se incluyen 3 ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren determinadas vacunas).

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

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

- Cuando reciba la vacuna, es probable que deba pagar el costo total tanto por la vacuna en sí como por el costo del proveedor que se la administre.
- 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 o copago por la vacuna (incluida su 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 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 paga nada por la vacuna en sí.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted le pagará a la farmacia su coseguro o 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 o copago 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 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, es posible que pague 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 (que se lo reembolse). Tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando haya pagado más de la parte que le corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber 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 por más de la parte que le corresponde pagar del costo compartido. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlos, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho al tratamiento.

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 recibió atención médica de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Cuando recibe atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo. (Su parte del costo puede ser mayor para un

proveedor fuera de 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 los pagos que haya realizado.

- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiéndole un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea 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 envía una factura que usted cree que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle 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 la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que impide que pague más que el monto del costo compartido que le corresponde) 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 que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el que le corresponde según nuestro plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha 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. Debe presentar documentación como recibos y facturas para que podamos tramitar el reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que esta no pueda presentarnos directamente la solicitud de reembolso. En ese caso, tendrá que pagar el costo total de la 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. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre qué hacer en estas circunstancias. 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 la tarjeta de miembro del plan

Si no lleva consigo la tarjeta de miembro de nuestro plan, puede pedir a la farmacia que llame a nuestro plan o busque sus datos de inscripción. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento.

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 (PPO).

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo realizar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero 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, el artículo o el 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Para inquietudes médicas:
Baylor Scott & White Health Plan
P.O. Box 211342
Eagan, Minnesota 55121-1342

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

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos facilite información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la 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 pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* ha cumplido con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta explicándole las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

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

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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, en braille, en tamaño de letra grande, otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro 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 nuestro 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. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluido el español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro 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 de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con nuestro 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, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, 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.

Our 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 our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't 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 languages other than English including Spanish, braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Service at 1-866-334-3141 (TTY users call 711).

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Baylor Scott & White Health Plan Customer Service at 1-866-334-3141 (TTY users call 711). Hours are October 1 through March 31 from 7 a.m. – 8 p.m., seven days a week (excluding major holidays); and April 1 through September 30 from 7 a.m. – 8 p.m., Monday through Friday (excluding major holidays). You can also file a

complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 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

Tiene derecho a elegir un proveedor para su atención.

Usted tiene derecho a programar citas con sus proveedores y a recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *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. Nosotros protegemos su información de salud personal tal y como lo exigen estas leyes.

- Sus datos personales de salud incluyen la información personal que nos facilitó 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 con el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que le informa de estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no puedan ver ni modificar sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos intención de facilitar su información de salud a alguien que no le preste o pague sus cuidados, *estamos obligados a obtener primero su autorización por escrito o la de alguien a quien usted haya otorgado un poder legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son obligatorias por ley.
    - Estamos obligados a facilitar información de salud a los organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a facilitar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; normalmente, esto exige que no se comparta información que lo identifique de forma exclusiva.

Usted puede ver la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por nuestro plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones en sus registros médicos. Si nos solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben hacerse los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes en relación con la privacidad o su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de BSW SeniorCare Advantage (PPO), 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre la cualificación de los proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al utilizarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué 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 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su estado de salud y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **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. Esto incluye también la información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen de los riesgos que conlleva su atención. Se le debe informar de antemano si cualquier atención o tratamiento médico propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir que "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad 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

En ocasiones, las personas se ven incapacitadas para tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar lo que quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si 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 instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer un documento de instrucciones anticipadas:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de suministros de oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que indique en el formulario para que tome decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Si lo desea, puede entregar copias a amigos íntimos o miembros de su familia. Conserve una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado un documento de instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Llenar un formulario de instrucciones anticipadas es su elección (incluso si quiere firmarlo si está en el hospital). Por ley, nadie puede negarle asistencia ni discriminarlo por haber firmado o no un documento de instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma un documento de instrucciones anticipadas y cree que el médico o el hospital no han seguido sus instrucciones, 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 solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo con equidad**.

Sección 1.7 Si cree que lo tratan injustamente o que no respetan sus derechos

Si cree que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema que tiene en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-9240. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-9240. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Comuníquese con Medicare.**
    - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se indica lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos**. Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer qué está cubierto y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene alguna otra cobertura de salud o para medicamentos, 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 siempre que reciba atención médica o medicamentos 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 recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
    - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de plantearlas y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que 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 se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.
  - Si está obligado a pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagándolo directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro 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 del plan, no podrá continuar siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican 2 tipos de procesos para gestionar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros, debe utilizar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas “reclamos”).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

La información de este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales 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. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando damos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene alguna queja sobre el trato que le hemos dado, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Siempre que necesite ayuda, debe llamar a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar

al 711). En algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para manejar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre qué hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. 1-800-252-9240 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para solicitar ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para su problema

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 10, 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 de decisiones de cobertura y apelaciones

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 de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente hacemos referencia a artículos y servicios médicos y a medicamentos 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 obtener servicios

Si quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. 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 nuestro plan lo remite a un especialista que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan 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 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 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 que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelarla**. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación será analizada por revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina “apelación de Nivel 1”. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, la solicitud de una 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 total o parcialmente su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, realizado por una organización de revisión independiente no vinculada a 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.

Si no está satisfecho con la decisión adoptada en la apelación de Nivel 2, puede continuar con otros niveles de apelación (este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Aquí encontrará recursos por si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Consulte el Capítulo 2 para obtener información de contacto adicional.**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede hacer la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda en una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
    - En el caso de la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
    - En el caso de los medicamentos de la Parte B, 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 se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que una persona actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión hasta que lo recibamos. 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 ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local o de otro servicio de remisión. Hay grupos que le prestarán servicios jurídicos gratuitos si reúne los requisitos necesarios. No obstante, **no es obligatorio contratar a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para distintas situaciones

Hay 4 situaciones distintas en las que se dan decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. En este capítulo, se detalla cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si siente que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8:** 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 información se aplica en su caso, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

Sección 5.1 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

Los beneficios de atención médica se describen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento

de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas de los medicamentos de la Parte B de las de los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 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 aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren proporcionarle, y usted cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Ha recibido atención médica que, en su opinión, debería estar cubierta por nuestro plan, pero le hemos dicho que no la pagaremos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Ha recibido atención médica que, en su opinión, debería estar cubierta por nuestro plan, y quiere solicitar a nuestro plan que le reembolse lo que pagó por ella. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba obteniendo 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), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura sobre su atención médica se 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 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, 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 2 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 de recuperación 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: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o de cobertura rápida.

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

Paso 3: Estudiamos su solicitud de cobertura de asistencia 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 7 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. Si solicita un medicamento de la Parte B, 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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- 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 distinto del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las 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 de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las 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 denegamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos la decisión realizando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de asistencia médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración.**

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 apela una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica, usted o su médico deben 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.

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 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 sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.**

Paso 3: Estudiamos la apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos detenidamente toda la información. Comprobamos si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - 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 tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que nos 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 en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** 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 solicita un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos 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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - 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 información sobre las quejas).
    - Si no le damos una respuesta en ese plazo (o al final de la extensión del plazo), enviaremos 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 en un plazo de 30 días calendario si su solicitud se relaciona con un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si se trata de un medicamento de la Parte B.
- **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 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión 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 está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa el trabajo.

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. 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 toda la información sobre 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 independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- 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 de la Parte B.

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 independiente 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 de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- 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 de la Parte B.

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 independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente 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 independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B,** 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 independiente 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 independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe aprobar. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explique la decisión.
    - Le informe de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
    - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 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 explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de atención médica

El Capítulo 7 describe cuándo puede tener que solicitar un reembolso o pagar una factura que usted recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Cómo solicitar el reembolso por una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía documentación para solicitar un reembolso, nos está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que ha pagado está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para utilizar su cobertura para recibir atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: si la atención médica tiene cobertura, y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde 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 no aceptamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* ha cumplido con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le comunicaremos que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación indicado en la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos pide que le reembolsemos una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquiera de las etapas del proceso de apelación posteriores al Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, el medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre cómo obtener 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. **Esta sección se refiere únicamente a los 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 nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le dicen que su receta no puede surtirse tal como está escrita, le darán un aviso por escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura de la Parte D y apelaciones

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina **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 medicamento. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro 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, los criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 6.2**

- Solicitarnos que se pague un monto menor de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento que ya ha comprado. **Solicitarnos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelarla.

En esta sección le indicamos cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario.**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al formulario.**

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel.**

Si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera, puede solicitarnos 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 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos lo siguiente:

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, debe pagar el monto del 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 copago o el monto de coseguro 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 la Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponde 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 paga el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe indicarnos los motivos médicos

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe entregarnos una declaración en la que explique los motivos médicos por los que solicita 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, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos de niveles inferiores de costo compartido no funcionen tan bien para usted o puedan causarle 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. Esto será así mientras su médico siga recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si denegamos su solicitud, puede solicitar otra revisión realizando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión de cobertura rápida se denomina **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 2 requisitos:**

- Estar solicitando un medicamento que aún no recibió. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que le devuelvan el dinero de un medicamento que ya ha comprado).
- 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.

Empiece por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o cubramos la atención médica que 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, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede solicitar que un abogado actúe en su nombre. En la Sección 4, se explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, facilite la declaración de respaldo** con el motivo médico de la excepción. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede informarnos por teléfono y, si es necesario, enviarnos por fax o por correo una declaración por escrito.

Paso 3: Estudiamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con el plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalde la 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. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que aún no recibió

- En general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con el plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o **brindar la cobertura** que aceptamos **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico que respalde la 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. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con el plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por 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. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura, puede realizar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos la decisión realizando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura para medicamentos de la Parte D se llama **redeterminación.**

Una apelación rápida 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 apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben 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, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su 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 (Capital Rx).** 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 los CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web, en BSWHealthPlan.com/Medicare. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo 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: Estudiamos la apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted, con su médico o con otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por

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 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 con respecto a un medicamento que aún no recibió

- 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 decisión antes si aún no obtuvo el medicamento y su salud así lo exige.
    - Si no le informamos una decisión en el plazo 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por 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 rápido como su salud lo exija, pero en un plazo de no más 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 con respecto a un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con el plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por 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. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso 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 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión 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 está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa el trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión independiente.
- **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.
- 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 solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. 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 toda la información sobre su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo exige, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta la apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber obtenido su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de obtener su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si está solicitando que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **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 independiente **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 independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** su apelación, significa que está 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 que:

- Explique la decisión.
- Le informe de 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 solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 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 que cubramos una hospitalización más prolongada si siente que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que abandone el hospital. Lo ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de recibir el alta.

- El día en que abandona el hospital se denomina **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.

- Si cree que le piden que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada, y su solicitud será tenida en cuenta.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 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 un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 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 en qué consisten estos servicios, quién los pagará 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 a usted o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Guarde la copia** del aviso 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 2 días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, utilice el proceso de apelación 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, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) para recibir ayuda personalizada. 1-800-252-9240 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). La Sección 3 del Capítulo 2 contiene información de contacto del SHIP.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada 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 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 revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con 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 indica cómo ponerse en contacto 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 su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de abandonar el hospital y **a más tardar la medianoche del 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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien puede obtener un modelo del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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 es obligatorio que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si 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 el plazo de un día completo desde que disponga de toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *afirmativa*, **debemos seguir prestándole los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si no la aceptan?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *negativa*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En ese caso, **la cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *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. Si presenta otra apelación, pasará al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de 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 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 su estadía después de la fecha prevista de 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 el 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.

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 sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente 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 para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y podrían aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si rechazan la apelación, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 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 la decisión 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 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

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 estos 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura, *dejaremos de pagar la parte del costo que nos corresponde.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección le indicamos cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le indicaremos con antelación cuándo terminará 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, 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre lo siguiente:
   - 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 recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelación 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, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) para recibir ayuda personalizada. 1-800-252-9240 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). La Sección 3 del Capítulo 2 contiene información de contacto del SHIP.

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 asistencia es adecuada desde el punto de vista médico. 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 revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Realice su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir una *apelación rápida.* Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Notice of Medicare Non-Coverage* [Aviso de no cobertura de Medicare]) le indica cómo ponerse en contacto 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 utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El

nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también figuran en el Capítulo 2.

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 en el que se detallan los motivos de 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 es obligatorio que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también consultará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura*, en la que se explican los motivos por los que hemos puesto fin a la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo desde que dispongan de toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir prestándole el servicio cubierto mientras sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **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 atención médica después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

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 sobre 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 independiente la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha en que informamos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.

- Usted tendrá que 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 independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le indicará cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si rechazan la apelación, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros 3 niveles de apelación después del Nivel 2; el total es de 5 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 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

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 que usted apeló cumple ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2, le explicarán cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. 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 trabaje 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, la apelación estará en el 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 todos los documentos relacionados. Podemos esperar a la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación 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 decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación 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 respuesta es definitiva. 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 en dólares del medicamento que usted apeló alcanza un determinado monto, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es inferior, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2, le explicarán a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. 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 trabaje 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 proporcionar la cobertura para medicamentos** aprobada por el juez administrativo o el mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** a partir de la recepción de la decisión.

- **Si se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación 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 proporcionar la cobertura para medicamentos** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** a partir de la recepción de la decisión.
- **Si se rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación 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 solicitud para revisar una 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 respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Cómo 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 se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está disconforme con la calidad de la atención recibida (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mala atención al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o le ha faltado al respeto? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que lo animan a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita, o espera demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? ○ Por ejemplo, esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de pruebas, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nuestra parte	• ¿No le proporcionamos algún aviso importante? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas se refieren a la *puntualidad* de nuestras actuaciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación y cree que no respondemos con la suficiente rapidez, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Por ejemplo: • 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 un **reclamo.**

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo.**

Utilizar el proceso de quejas se denomina **utilizar el proceso de presentación de reclamos.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros rápidamente, por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si tiene que hacer algo más, el Servicio al Cliente se lo comunicará.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede redactar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a ella también por escrito.

- Si no podemos resolver su queja por teléfono, disponemos de un procedimiento formal para revisarla. A esto lo llamamos Procedimiento de reclamos formales de Baylor Scott & White Health Plan. Todos los reclamos 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 amplíe 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 un reclamo que implique la denegación de una solicitud de determinación de cobertura acelerada o una redeterminación acelerada, si usted aún no ha comprado o recibido el medicamento que está en disputa, si corresponde a su plan.
- 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: Estudiamos la queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos enseguida.** 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 tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque le hemos denegado su solicitud de decisión de cobertura rápida o de 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 una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema por el que reclama, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.3 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*, tiene otras 2 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 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre BSW SeniorCare Advantage (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. 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 la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en BSW SeniorCare Advantage (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 decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo darse de baja voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos poner fin a 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 abierta

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta anual** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y para medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios 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.
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
    - O bien, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos Medicare.

- Si escoge esta opción y recibe Ayuda adicional, 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 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

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y 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 de Medicare Advantage**, usted puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **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 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 ciertas situaciones, los miembros de BSW SeniorCare Advantage (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 algunos ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos 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. En la Sección 10 del Capítulo 5, encontrará más información 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos para darse de baja debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto la cobertura de salud como la cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- O bien, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos 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 recibamos su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura para medicamentos: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de

medicamentos 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 Obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Llamar a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2026*** (Medicare y Usted 2026).
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan

En la siguiente tabla, se explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que tiene que hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que tiene que hacer:
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en BSW SeniorCare Advantage (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 servicios 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 el 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 (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

BSW SeniorCare Advantage (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 6 meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se mude o al que viaje está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (ingresa en prisión).
- Si deja de ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos facilita intencionadamente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta a su elegibilidad para el plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de forma perturbadora y nos dificulta la prestación de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el 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 nuestras primas del plan durante 2 meses calendario.
    - Debemos avisarle por escrito que tiene 2 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.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 <u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

BSW SeniorCare Advantage (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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito los motivos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo 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 aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que 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 (Affordable Care Act), 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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 (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

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 ese tipo de servicios; y 2) se necesitan para tratar, evaluar o estabilizar una situación médica de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos en función de determinados criterios. 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 un plan PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. No obstante, le recomendamos que consulte con nuestro plan antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por nuestro plan y cuál es su costo compartido. En la Tabla de beneficios médicos 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 ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o 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 después de que usted paga los deducibles.

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 el número de días que dura un mes. Por ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro 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: es un costo compartido menor 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 3 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. Los cuidados asistenciales, prestados por personas que no tienen formación ni conocimientos profesionales, incluyen la ayuda en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o la silla, desplazarse y usar el 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 la atención médica o los medicamentos antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y le dicen que el medicamento no está cubierto por nuestro plan, no se trata de una determinación de cobertura. Tiene que llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. 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.

Dispositivos protésicos y ortésicos: 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.

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 un deterioro grave en 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 $2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: es 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 (Evidence of Coverage, 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 (por ejemplo, un médico o un hospital) factura a un paciente un monto superior al costo compartido permitido por nuestro plan. Como miembro de BSW SeniorCare Advantage (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 nuestro 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. Nuestro plan debe 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 FDA 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: herramienta de administración destinada a limitar el uso de un medicamento 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 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.

Medicamento seleccionado: medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare ha negociado un Precio máximo justo.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro 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. Consulte la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener información sobre su monto máximo que paga de su bolsillo combinado.

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 del plan 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 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del 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 acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar cualquier deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte del costo. Original Medicare tiene 2 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 los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en el que ingresa en un hospital o centro de atención 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 un hospital o centro de atención de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

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 abierta: 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: período establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o regresar 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.

Persona con doble elegibilidad: persona que es elegible para la cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

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 Medicare Advantage que sufren afecciones crónicas graves.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes para 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 PPO debe cubrir todos los beneficios del plan tanto si se obtienen de proveedores de la red como fuera de la red. El costo compartido de los miembros será generalmente mayor cuando los beneficios del plan se obtengan 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 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.

Plan para necesidades especiales institucionales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en determinados centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (Institutional-equivalent SNP, IE-SNP), SNP institucionales híbridos (Hybrid Institutional SNP, HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (Facility-based Institutional SNP, FI-SNP).

Plan para necesidades especiales institucionales equivalentes (IE-SNP): los IE-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan para 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.

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 de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Precio máximo justo: el precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura de salud o para medicamentos con receta.

Producto biológico original: producto biológico que ha aprobado la FDA y sirve como referencia para que los fabricantes produzcan una versión biosimilar. También se denomina "producto de referencia".

Producto biológico: 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 "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de descuentos 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.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a las personas que cumplen determinados requisitos o que están inscritas en un Programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

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 *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente que recibe. También incluye las quejas si nuestro 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 está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Remisión: una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

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 EOC para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios para pacientes internados incluyen fisioterapia (para pacientes externos), 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 si 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. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son lesiones y enfermedades imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. 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 o si la red del plan no se encuentra disponible temporalmente.

Servicios preventivos: atención sanitaria para prevenir enfermedades o detectarlas en una fase temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

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 (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 al 1-866-334-3141 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Método	Información de contacto
Escriba a	Texas Department on Aging and Disability Services 701 West 51st Street, MC: W275 Austin, Texas 78751
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Baylor Scott & White Health Plan

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y servicios y ayudas auxiliares (§92.11)

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-334-3141 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Simplified Chinese: 注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-866-334-3141（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese: 注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-866-334-3141（TTY：711）或與您的提供者討論。

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-334-3141 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-334-3141 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-334-3141 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-334-3141 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Korean: 주의: 한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-334-3141 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-334-3141 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Arabic (العربية)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر مجانا الوسائل والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات في أشكال يسهل الوصول إليها وفهمها. اتصل بالرقم 1-866-334-3141 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-334-3141 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian: ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' 1-866-334-3141 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

Português: ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-334-3141 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-866-334-3141 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-334-3141 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Japanese: 注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-334-3141（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください

Aviso de no discriminación

Baylor Scott & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Baylor Scott & White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles).
- Presta servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el encargado de cumplimiento de Baylor Scott & White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a HPCompliance@BSWHealth.org.

Si cree que Baylor Scott & White Health Plan no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Baylor Scott & White Health Plan, Compliance Officer

1206 West Campus Drive, Suite 151

Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento: 1-888-484-6977; o

https://app.mycompliancereport.com/report?cid=swhp

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el responsable de cumplimiento está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios para presentar quejas están disponibles en https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.

Declaración sobre la divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (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.*