

Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta como miembro de Sentara Medicare Engage: Diabetes y corazón (HMO C-SNP)

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

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-800-927-6048 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-828-1120 o al 711). El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Sentara Medicare Engage, es ofrecido por Sentara Health Plans. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice «nosotros» o «nuestro», significa Sentara Health Plans. Cuando dice «plan» o «nuestro plan», significa Sentara Medicare Engage).

Este documento está disponible sin costo en letras grandes y audio.

Es posible que los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2026.

El Formulario de medicamentos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los inscritos afectados con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se explican los beneficios y derechos. Utilice este documento para conocer lo siguiente:

- la prima del plan y el costo compartido
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- cómo comunicarse con nosotros si necesita asistencia
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

H2563_SEN_2025_EOC_Engage_022_C

Evidencia de cobertura de 2025

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Introducción para miembros</i>	5
SECTION 1 Introduction	6
SECTION 2 What makes you eligible to be a plan member?	7
SECTION 3 Important membership materials you will receive	8
SECTION 4 Your monthly costs for Sentara Medicare Engage	10
SECTION 5 More information about your monthly premium	13
SECTION 6 Keeping your plan membership record up to date	15
SECTION 7 How other insurance works with our plan.....	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECTION 1 Sentara Medicare Engage contacts (how to contact us, including how to reach Member Services).....	19
SECTION 2 Medicare (how to get help and information directly from the Federal Medicare program).....	24
SECTION 3 State Health Insurance Assistance Program (free help, information, and answers to your questions about Medicare).....	26
SECTION 4 Quality Improvement Organization	27
SECTION 5 Social Security	27
SECTION 6 Medicaid.....	28
SECTION 7 Information about programs to help people pay for their prescription drugs.....	29
SECTION 8 How to contact the Railroad Retirement Board	31
SECTION 9 Do you have group insurance or other health insurance from an employer?	32
CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para los servicios médicos</i>	33
SECTION 1 Things to know about getting your medical care as a member of our plan	34
SECTION 2 Use providers in the plan’s network to get your medical care	35
SECTION 3 How to get services when you have an emergency or urgent need for care or during a disaster	38
SECTION 4 What if you are billed directly for the full cost of your services?	40

SECTION 5	How are your medical services covered when you are in a clinical research study?	41
SECTION 6	Rules for getting care in a religious non-medical health care institution	43
SECTION 7	Rules for ownership of durable medical equipment.....	44
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)...</i>		46
SECTION 1	Understanding your out-of-pocket costs for covered services.....	47
SECTION 2	Use the <i>Medical Benefits Chart</i> to find out what is covered and how much you will pay.....	48
SECTION 3	What services are not covered by the plan?	95
CAPÍTULO 5: <i>Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>		99
SECTION 1	Introduction	100
SECTION 2	Fill your prescription at a network pharmacy or through the plan's mail-order service	100
SECTION 3	Your drugs need to be on the plan's Drug List.....	105
SECTION 4	There are restrictions on coverage for some drugs.....	107
SECTION 5	What if one of your drugs is not covered in the way you'd like it to be covered?	108
SECTION 6	What if your coverage changes for one of your drugs?.....	111
SECTION 7	What types of drugs are <i>not</i> covered by the plan?	113
SECTION 8	Filling a prescription	115
SECTION 9	Part D drug coverage in special situations	116
SECTION 10	Programs on drug safety and managing medications	117
CAPÍTULO 6: <i>Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D</i>		120
SECTION 1	Introduction	121
SECTION 2	What you pay for a drug depends on which drug payment stage you are in when you get the drug.....	123
SECTION 3	We send you reports that explain payments for your drugs and which payment stage you are in.....	124
SECTION 4	During the Deductible Stage, you pay the full cost of your Tier 4 (Non-Preferred Drug) drugs and Tier 5 (Specialty Tier) drugs	125
SECTION 5	During the Initial Coverage Stage, the plan pays its share of your drug costs, and you pay your share	126

SECTION 6	During the Catastrophic Coverage Stage, you pay nothing for your covered Part D drugs	131
SECTION 7	Part D Vaccines. What you pay for depends on how and where you get them	131
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		134
SECTION 1	Situations in which you should ask us to pay our share of the cost of your covered services or drugs	135
SECTION 2	How to ask us to pay you back or to pay a bill you have received ..	137
SECTION 3	We will consider your request for payment and say yes or no	138
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>.....		140
SECTION 1	Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan	141
SECTION 2	You have some responsibilities as a member of the plan	146
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		148
SECTION 1	Introduction	149
SECTION 2	Where to get more information and personalized assistance.....	149
SECTION 3	To deal with your problem, which process should you use?	150
SECTION 4	A guide to the basics of coverage decisions and appeals.....	151
SECTION 5	Your medical care: How to ask for a coverage decision or make an appeal of a coverage decision	154
SECTION 6	Your Part D prescription drugs: How to ask for a coverage decision or make an appeal	163
SECTION 7	How to ask us to cover a longer inpatient hospital stay if you think you are being discharged too soon.....	173
SECTION 8	How to ask us to keep covering certain medical services if you think your coverage is ending too soon	178
SECTION 9	Taking your appeal to Level 3 and beyond	182
SECTION 10	How to make a complaint about quality of care, waiting times, customer service, or other concerns	185
CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>.....		190
SECTION 1	Introduction to ending your membership in our plan	191
SECTION 2	When can you end your membership in our plan?	191

SECTION 3	How do you end your membership in our plan?	194
SECTION 4	Until your membership ends, you must keep getting your medical items, services and drugs through our plan	195
SECTION 5	Sentara Medicare Engage must end your membership in the plan in certain situations	195
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	197
SECTION 1	Notice about governing law	198
SECTION 2	Notice about nondiscrimination	198
SECTION 3	Notice about Medicare Secondary Payer subrogation rights	198
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	199

CAPÍTULO 1:

Introducción para miembros

Capítulo 1: Introducción para miembros

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 **Usted está inscrito en Sentara Medicare Engage: Diabetes y corazón (HMO C-SNP), un plan especializado de Medicare Advantage (plan para necesidades especiales)**

Medicare le brinda cobertura y eligió Medicare para obtener cobertura de medicamentos con receta y de atención médica a través de nuestro plan, Sentara Medicare Engage.

Sentara Medicare Engage es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan para necesidades especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. Sentara Medicare Engage está diseñado para ofrecer beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a las personas que tienen diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardiovascular.

Nuestro plan incluye proveedores especializados en el tratamiento de la diabetes, la insuficiencia cardíaca crónica o la enfermedad cardiovascular. También incluye programas de salud diseñados para satisfacer las necesidades especializadas de las personas con estas afecciones. Además, nuestro plan cubre los medicamentos con receta para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que se utilizan generalmente para tratar la diabetes, la insuficiencia cardíaca crónica o la enfermedad cardiovascular. Como miembro del plan, usted obtiene beneficios especialmente adaptados a su afección y tiene toda la atención coordinada a través de nuestro plan.

La cobertura de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC), y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener la atención médica y los medicamentos con receta. En este documento se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención médica, los servicios y los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de Sentara Medicare Engage.

Es importante que usted aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un tiempo para revisar el documento *Evidencia de cobertura*.

Si la información le resulta confusa, le surgen inquietudes o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro.

Capítulo 1: Introducción para miembros

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Sentara Medicare Engage cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* y los avisos que le enviamos sobre los cambios en la cobertura o en las condiciones que afectan la cobertura. Estos avisos suelen denominarse *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está en vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en Sentara Medicare Engage entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Sentara Medicare Engage después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Sentara Medicare Engage cada año. Cada año, usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía de nuestro plan siempre que reúna los siguientes requisitos:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas en prisión vivan en el área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella.
- Usted es un ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de personas que tienen ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardiovascular.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan Sentara Medicare Engage

Sentara Medicare Engage está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Capítulo 1: Introducción para miembros

membresía de Sentara Medicare Engage, es posible que deba pagar el costo completo de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba mostrarla si necesita recibir servicios hospitalarios, servicios del centro de cuidados paliativos o para participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, comuníquese de inmediato con Servicios al Miembro y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias*, sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories, enumera nuestros proveedores actuales de la red, prestadores de equipos médicos durables y farmacias. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, prestadores de equipos médicos durables, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado suministrar los medicamentos con receta cubiertos a nuestros miembros del plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede acudir a farmacias que no están en la red del plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le indicará cuáles de las farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Debe utilizar los proveedores y las farmacias de la red para recibir los servicios y la atención médica. Si acude a otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar el costo en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando nuestra red no está disponible (es decir, cuando no es razonable o posible que reciba los servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Sentara Medicare Engage autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y farmacias está disponible en nuestro sitio web en sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarla (en formato electrónico o impreso) a Servicios al Miembro. Las solicitudes de copia impresa de los *Directorios de proveedores* se le enviarán por correo postal en un plazo de tres días hábiles.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)*. La denominamos «Lista de medicamentos» para abreviar. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Sentara Medicare Engage. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Sentara Medicare Engage.

Capítulo 1: Introducción para miembros

La Lista de medicamentos también le informa si hay alguna regla que restringe la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (sentarahealthplans.com/members/medicare/drugs-lists-formularies) o llamar a Servicios al Miembro.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Sentara Medicare Engage

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- prima del plan (sección 4.1)
- prima mensual de la Parte B de Medicare (sección 4.2)
- penalización 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 pago de medicamentos con receta de Medicare (sección 4.5)

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con ingresos diferentes. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise la sección denominada *Costos de Medicare 2025* del manual *Medicare y usted 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual del plan por separado para Sentara Medicare Engage.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Penalización por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** de la Parte D. La penalización por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento, una vez finalizado el periodo de inscripción inicial, transcurre un periodo de 63 días o más consecutivos en el que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. La cobertura de medicamentos con receta acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que paga la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de

Capítulo 1: Introducción para miembros

medicamentos con receta acreditable. Deberá pagar esta penalización siempre y cuando tenga la cobertura de la Parte D.

La penalización por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. Cuando se inscriba por primera vez en Sentara Medicare Engage, le informaremos el monto de la penalización.

Si no paga la penalización por inscripción tardía de la Parte D, podría perder los beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe «Ayuda Adicional» de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta.
- Transcurrieron menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable.
- Tuvo una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA). Su aseguradora o Departamento de Recursos Humanos le comunicará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información se puede enviar en una carta o incluir en un boletín del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Los siguientes no corresponden a una cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.

Medicare determina el monto de la penalización. Así es cómo funciona:

- Si transcurrieron 63 días o más sin que tuviera la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable después de que se volvió elegible para inscribirse en la Parte D por primera vez, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La penalización es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted pasa 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país a partir del año anterior. Para 2024, este monto promedio de la prima fue de \$36.78.
- Para calcular la penalización mensual, multiplique el porcentaje de penalización y la prima mensual promedio y, luego, redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % por \$36.78, lo que equivale a \$5.14. Se redondea a \$5.10. Este monto se agregaría a **la prima mensual para alguien con una penalización por inscripción tardía de la Parte D.**

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

Capítulo 1: Introducción para miembros

- En primer lugar, **la penalización puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **usted continuará pagando una penalización** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando usted tenga 65 años. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tiene cobertura después del periodo de inscripción inicial para la inscripción en Medicare.

Si no está de acuerdo con la penalización 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 en la primera carta que reciba indicando que tiene que pagar una penalización por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una penalización antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalización por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se le podría cancelar la inscripción por no pagar 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 con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula con los ingresos brutos modificados según se informó en la declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto supera cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que debe pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será el monto adicional. El monto adicional se retendrá del cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o la Oficina de Gestión del Personal, sin importar la forma en que usted paga, por lo general, 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, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará la inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Capítulo 1: Introducción para miembros

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o medicamentos por los medicamentos con receta (en lugar de pagar la farmacia). La factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento con receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año.

En la sección 7 del capítulo 2 se brinda más información sobre el plan de pago 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 del capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si paga una penalización por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras de pagar la penalización

Hay tres maneras de pagar la penalización.

Opción 1: Pagar con cheque.

Podemos enviarle un estado de cuenta mensual que le indique cuánto debe por su cobertura. Puede llamar a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la contraportada de este folleto para obtener ayuda con la configuración de la penalización mensual por inscripción tardía que se le facturará cada mes. Su pago vence antes del día 1 del mes. Su cheque o giro postal debe hacerse a nombre de Sentara Medicare (no Medicare, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [CMS] o del Departamento de Salud y Servicios Humanos [HHS]). Asegúrese de incluir su nro. de id. de miembro en su cheque o giro postal, o devuelva la parte de pago de su factura con su pago. Hay un cargo de \$25.00 por un cheque devuelto.

Los cheques o giros postales deben enviarse por correo postal al siguiente domicilio:

Sentara Medicare

PO Box 716084
Filadelfia, PA 19171-6084

Los cheques o los giros postales se pueden entregar en persona en: Sentara Medicare
1300 Sentra Park
Virginia Beach, VA 23464

Opción 2: Puede solicitar que la penalización por inscripción tardía de la Parte D se debite de forma automática de su cuenta bancaria.

Usted puede solicitar que la penalización por inscripción tardía mensual del plan se debite de forma automática de su cuenta bancaria cada mes. El débito automático se realizará el 5.º día hábil del mes. Puede llamar a Servicios al miembro al número que está en la contraportada de este folleto para solicitar un formulario y así establecer su multa mensual por inscripción tardía

Capítulo 1: Introducción para miembros

que se pagará automáticamente desde su cuenta bancaria. Hay un cargo de \$25.00 si un débito automático es rechazado por fondos insuficientes.

Opción 3: La penalización por inscripción tardía en la Parte D se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.

Cambiar la forma en que paga la penalización por inscripción tardía de la Parte D.

Si cambia la opción por la que paga la penalización por inscripción tardía de la Parte D, debe esperar hasta tres meses para que entre en vigencia el nuevo método de pago. Mientras procesamos la solicitud por un nuevo método de pago, usted será responsable de garantizar que la penalización por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, comuníquese con Servicios al Miembro.

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

La penalización por inscripción tardía de la Parte D pagarse en nuestra oficina antes del 1 de cada mes. Si no recibimos su pago antes del 1 del mes, le enviaremos un aviso en el que se le informará que la membresía del plan finalizará si no recibimos la penalización por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, dentro de los 2 meses calendario. Si debe pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la penalización para mantener la cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la penalización por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicios al Miembro para consultar si podemos indicarle programas que le ofrecerán ayuda con los costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó la penalización por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, tendrá cobertura de salud con Medicare Original. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el periodo de inscripción anual. (Si permanece sin una cobertura de medicamentos acreditable durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelamos su membresía, es posible que aún nos deba la penalización que no ha pagado. Tenemos derecho a cobrar el monto que debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto que debe antes de inscribirse.

Si considera que hemos terminado su membresía de manera injustificada, puede presentar una queja; consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y que provocó que no pudiera pagar la penalización por inscripción tardía de la Parte D, si la debía, puede presentar una queja dentro de nuestro periodo de gracia. En caso de queja, revisaremos de nuevo nuestra decisión. En la sección 10 del capítulo 9 de este documento se informa cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-800-927-6048, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. ET. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días calendario después de la fecha de finalización de su membresía.

Capítulo 1: Introducción para miembros

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

No. No tenemos permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una penalización por inscripción tardía, si la debe, o que tenga que comenzar a pagar una penalización por inscripción tardía. Esto podría suceder si es elegible para el programa «Ayuda Adicional» o si pierde la elegibilidad para el programa «Ayuda Adicional» durante el año.

- Si paga la penalización por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para recibir «Ayuda Adicional» durante el año, podría dejar de pagar la penalización.
- Si pierde la «Ayuda Adicional», es posible que se le aplique la penalización por inscripción tardía si permanece sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días o más.

Puede obtener más información sobre el programa «Ayuda Adicional» en la sección 7 del capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

El registro de membresía contiene la información del formulario de inscripción, que incluye el domicilio y el número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su domicilio o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, la indemnización para trabajadores o Medicaid).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ha sido admitido en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencia fuera del área o de la red.
- Si cambia el responsable designado (por ejemplo, un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene que informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desee participar, pero le recomendamos que lo haga).

Capítulo 1: Introducción para miembros

Si esta información se modifica, comuníquelo a Servicios al Miembro.

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la sección 5 del capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. A esto se le llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos que sabemos que usted tiene. Lea atentamente esta información. Si es correcto, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está indicada, llame a Servicios al Miembro. Es posible que deba brindar su número de id. del miembro del plan a las otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan paga primero o lo hace el otro seguro. El seguro que paga primero se llama pagador primario y paga hasta alcanzar los límites de su cobertura. El que paga segundo se llama pagador secundario y solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague la totalidad de los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal por parte de un empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de la familia, quien paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
 - Si usted es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos un empleador que pertenece a un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted, su cónyuge o pareja de hecho aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador que pertenece a un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.

Capítulo 1: Introducción para miembros

- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal en fase terminal (ESRD), el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para recibir los beneficios de Medicare.

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

- Seguro exento de sanción de culpabilidad (incluido el seguro automotriz)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro automotriz)
- Beneficios de neumoconiosis
- Indemnización para trabajadores.

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono
y recursos importantes*

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Sentara Medicare Engage (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios al Miembro)

Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de nuestro plan

Para recibir asistencia con los reclamos, la facturación o las preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios al Miembro de Sentara Medicare Engage. Nos complacerá brindarle asistencia.

Método	Servicios al miembro: información de contacto
LLAME AL	1-800-927-6048 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo Los 7 días de la semana De 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes De 8 a. m. a 8 p. m. Servicios al Miembro también tiene disponible servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo Los 7 días de la semana De 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes De 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Sentara Medicare Member Services PO Box 66189 Virginia Beach, VA 23466 members@sentarahealth.com
SITIO WEB	sentarahealthplans.com/members/medicare

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información acerca de cómo solicitar que tomemos decisiones de cobertura o apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-927-6048</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo Los 7 días de la semana De 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes De 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Servicios al Miembro también tiene disponible servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo Los 7 días de la semana De 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes De 8 a. m. a 8 p. m.</p>
ESCRIBA A	<p><i>Para atención médica:</i> Appeals and Grievances PO Box 62876 Virginia Beach, VA 23466</p> <p><i>Para las apelaciones de medicamentos con receta de la Parte D:</i> Express Scripts Attn: Medicare Appeals PO Box 66588 St. Louis, MO 63166-6588</p> <p><i>Para las decisiones de cobertura de medicamentos con receta de la Parte D:</i> Express Scripts Attn: Medicare Reviews PO Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571</p>

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o de las farmacias o los proveedores de la red, incluso una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no involucra conflictos sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-927-6048 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo Los 7 días de la semana De 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes De 8 a. m. a 8 p. m. Servicios al Miembro también tiene disponible servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo Los 7 días de la semana De 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes De 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-800-289-4970
ESCRIBA A	Sentara Medicare Appeals and Grievances PO Box 62876 Virginia Beach, VA 23466
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Sentara Medicare Engage directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó servicios (como una factura del proveedor) que considera que deberíamos pagar nosotros, es posible que necesite solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-800-927-6048 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo Los 7 días de la semana De 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes De 8 a. m. a 8 p. m. Servicios al Miembro también tiene disponible servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo Los 7 días de la semana De 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes De 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	<i>Para servicios de beneficios oftalmológicos:</i> Envíe un fax a Community Eye Care (CEC) al 1-704-413-7098.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
ESCRIBA A	<p><i>Para servicios médicos:</i> Medical Claims PO Box 8203 Kingston, NY 12402-8203</p> <p><i>Para servicios de salud conductual:</i> Sentara Medicare Behavioral Health Claims PO Box 8204 Kingston, NY 12402-8204</p> <p><i>Para medicamentos con receta de la Parte D:</i> Express Scripts Attn: Medicare PO Box 14718 Lexington, KY 40512-4718</p> <p><i>Para servicios odontológicos:</i> Delta Dental PO Box 9215 Farmington Hills, MI 48333-9215</p> <p><i>Para servicios de beneficios oftalmológicos:</i> Community Eye Care Attn: Claims 4944 Parkway Plaza Blvd., Ste. 200 Charlotte, NC 28217</p> <p><i>Para servicios de audición:</i> NationsBenefits ATTN: Claims 1700 N. University Drive Plantation, FL 33322</p> <p><i>Para servicios quiroprácticos (ASHN):</i> American Specialty Health Group, Inc. Attn: Claims Department P. O. Box 509001 San Diego, CA 92150-9001</p>
SITIO WEB	sentarahealthplans.com/members/medicare

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="467 285 716 317">www.medicare.gov</p> <p data-bbox="467 321 1393 552">Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, residencias para adultos mayores, médicos, agencias de atención domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="467 556 1393 653">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de elegibilidad e inscripción en Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="516 657 1393 961" style="list-style-type: none"><li data-bbox="516 657 1393 730">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="516 735 1393 961">• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos de venta bajo receta de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguros suplementarios Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de lo que podrían ser sus costos de desembolso directo en planes de Medicare diferentes. <p data-bbox="467 966 1393 1031">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Sentara Medicare Engage:</p> <ul data-bbox="516 1035 1393 1276" style="list-style-type: none"><li data-bbox="516 1035 1393 1171">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Sentara Medicare Engage directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.<li data-bbox="516 1176 1393 1276">• Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="467 1281 1393 1520">Si no tiene una computadora, es posible que en la biblioteca o el centro para adultos mayores de su localidad le permitan usar la computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información busca. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En Virginia, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (VICAP).

El VICAP es un programa independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud) estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del VICAP pueden ayudarlo a comprender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento, y a solucionar problemas respecto de las facturas de Medicare. Los asesores del VICAP también pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas de Medicare, y ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

MÉTODO DE ACCESO AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

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

Método	Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (coordinado a través de la División para el Envejecimiento de Virginia): información de contacto
LLAME AL	1-800-552-3402 (llamada gratuita)
TTY	711 (llamada gratuita)
ESCRIBA A	Virginia Division for the Aging 1610 Forest Avenue, Suite 100 Henrico, VA 23229
SITIO WEB	www.vda.virginia.gov/vicap.htm

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para servir a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Virginia, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados por Medicare para comprobar y mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de estadía hospitalaria está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura para su atención médica domiciliaria, la atención especializada en centros de enfermería o los servicios del Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) están terminando demasiado pronto.

Método	Livanta: Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Virginia: información de contacto
LLAME AL	Línea gratuita: 1-888-396-4646 Puede llamar a Livanta de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora del Este. Los fines de semana y días festivos, puede llamar de 10 a. m. a 4 p. m., hora del Este.
TTY	1-888-985-2660 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas de audición o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques de parte de Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques de Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina del Seguro Social de su localidad.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un importe adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar el importe

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

adicional y tiene preguntas sobre el importe o si sus ingresos bajaron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

También es importante que se contacte con el Seguro Social si se muda o si cambia su dirección postal.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que ayuda a determinadas personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para recibir los beneficios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de bajos ingresos de Medicare especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar la prima de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo calificado (QI):** Ayuda a pagar la prima de la Parte B.
- **Individuos discapacitados y trabajadores calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia: información de contacto
LLAME AL	1-804-786-7933, de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes
TTY	1-800-343-0634 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas de audición o del habla.
ESCRIBA A	Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia 600 East Broad Street Richmond, VA 23219
SITIO WEB	www.dmas.virginia.gov

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

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. También hay otros programas para asistir a las personas con ingresos limitados que se describen a continuación.

Programa de «Ayuda Adicional» de Medicare

Medicare proporciona “Ayuda Extra” para pagar los costos de medicamentos de venta bajo receta para personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y existencias, pero no su casa o automóvil. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamento Medicare, el deducible anual y los copagos con receta. Esta «Ayuda Adicional» también cuenta para los costos de desembolso directo.

Si cumple con los requisitos de manera automática para recibir «Ayuda Adicional», Medicare le enviará una carta. No deberá solicitarla. Si no cumple con los requisitos de manera automática, es posible que pueda recibir «Ayuda Adicional» para pagar los costos y las primas de los medicamentos con receta. Para saber si cumple con los requisitos para obtener «Ayuda Adicional», llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado (en la sección 6 de este capítulo encontrará la información de contacto).

Si considera que cumplió con los requisitos para recibir «Ayuda Adicional» y cree que paga un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que usted solicite asistencia para obtener las pruebas de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene las pruebas, para brindarnos estas pruebas.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- Usted, un familiar, un representante o un farmacéutico pueden presentar una copia de su tarjeta de Medicaid en la que figure su nombre y la fecha de elegibilidad, o cualquier tipo de documento estatal que confirme su elegibilidad para Medicaid. La elegibilidad debe ser durante un mes posterior al mes de junio del año calendario anterior. Los documentos estatales incluyen una impresión del archivo de inscripción estatal electrónico, una impresión de pantalla del sistema estatal de Medicaid en el que muestra el estado de Medicaid o una copia de una carta de adjudicación del Seguro Social que lo considera elegible para LIS.
- Cuando recibimos la evidencia en la que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando reciba su próxima receta en la farmacia. Si paga un monto adicional de copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto adicional o le compensaremos los próximos copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y usted se lo debe, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene preguntas.

¿Qué sucede si usted tiene «Ayuda Adicional» y cobertura del Programa de Asistencia para Medicamentos para el Sida (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a medicaciones para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el Formulario de medicamentos de ADAP cumplen con los requisitos para recibir asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicaciones de Virginia (VA MAP).

Nota: Para ser elegible para recibir los beneficios del ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos requisitos, que incluyen la prueba de residencia estatal y el estado de VIH, el comprobante de bajos ingresos según lo definido por el estado, y el estado de no asegurado/seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al trabajador de inscripción del ADAP local para continuar con la asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicaciones de Virginia (VA MAP) al 1-855-362-0658.

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una nueva opción de pago que es compatible con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a gestionar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir el costo de sus medicamentos.** La «Ayuda Adicional» de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP para aquellos que cumplen con los requisitos son más beneficiosas que la participación en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos y planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-866-845-1803 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Servicios al Miembro también tiene disponible servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
ESCRIBA A	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166
SITIO WEB	https://www.express-scripts.com/mppp

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es un organismo federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de todo el país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les comunique si se muda o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de Contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. el miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automática de RRB y a la información registrada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtienen beneficios de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios al Miembro si tiene preguntas. Puede preguntar acerca de sus beneficios de salud ofrecidos por el empleador o grupo de jubilación (o los de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el periodo de inscripción. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare con este plan.

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

CAPÍTULO 3:

*Uso del plan
para los servicios médicos*

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que debe saber sobre cómo usar el plan para que su atención médica esté cubierta. Se proporcionan definiciones de los términos y una explicación de las reglas que deberá respetar para obtener tratamientos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica cubierta por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, consulte la tabla de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia del estado para brindar servicios médicos y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de costo compartido como pago total. Hemos acordado que estos proveedores ofrezcan los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga solo la parte que le corresponde a usted del costo por los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los equipos de suministros y los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, Sentara Medicare Engage debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Sentara Medicare Engage cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en la tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera 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 médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda atención y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP que pertenezca a red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).
- **Debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red** (para más información al respecto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagar el total de los servicios que le preste el proveedor. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y ver qué significan los servicios de urgencia o emergencia, consulte la sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica, la cual Medicare exige a nuestro plan que cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden dicha atención, puede obtenerla a través de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que suele pagar dentro de la red. Debe comunicarse con nuestro plan para obtener aprobación antes de obtener atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible por el momento o no se puede acceder a él. El costo compartido que paga al plan por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no pertenece a la red del plan, el costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio y de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica

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

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

Un proveedor de atención primaria (PCP) es el médico del plan que usted elige y al que acudirá con regularidad para sus necesidades básicas y rutinarias de atención médica, y para recibir atención preventiva. Los PCP pueden ser médicos de medicina familiar, médicos de medicina geriátrica y médicos de medicina interna. Su PCP evalúa sus necesidades generales de atención médica y comprueba si existen señales de advertencia tempranas de afecciones médicas más graves mediante exámenes físicos, análisis de sangre, controles de la presión arterial, etc. Cuando usted tiene una afección médica que su PCP no trata, dicho médico

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

coordinará su atención al derivarlo a un especialista del plan. Sin embargo, no necesita una remisión de su PCP para acudir a un especialista del plan. Después de consultar al especialista, este le envía, por lo general, un informe a su PCP para que esté al tanto de toda su atención médica. Si su PCP le recomienda someterse a procedimientos o pruebas que necesiten autorización previa de Sentara Medicare, se comunicará con nosotros para obtener la autorización.

¿Cómo elige a su PCP?

Como miembro de Sentara Medicare Engage, debe tener un PCP de Sentara Medicare. Disponemos de un grupo de médicos entre los que puede elegir para que sean su PCP. Siempre puede pedirle a su familia, amigos o vecinos referencias sobre un PCP. Cuando se inscribió como miembro de Sentara Medicare, se le pidió que eligiera un PCP en el formulario de inscripción. Si no eligió uno, se le asignó un PCP. Si no sabe quién es su PCP o si desea cambiar su PCP, llame a Servicios al miembro al número que aparece en la parte trasera de este folleto. Nuestros representantes de Servicios al miembro están capacitados para ayudarlo a elegir un PCP.

Cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP.

Puede elegir un nuevo médico del *Directorio de proveedores y farmacias* que se encuentra en nuestro sitio web en sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories.

Puede llamar a Servicios al Miembro al número de teléfono que se encuentra en el reverso de este folleto para cambiar de PCP. Nuestros representantes de Servicios al miembro pueden ayudarlo a entender los criterios que son importantes al elegir un nuevo PCP del plan. Su PCP cambiará ese mismo día. También puede cambiar de PCP en línea si se registra en la sección Miembros de sentarahealthplans.com. El cambio de PCP entrará en vigencia el siguiente día hábil.

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

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones en los huesos, articulaciones y músculos.

Como hemos discutido anteriormente, obtendrá la mayoría de la atención de rutina y básica de parte de su PCP. Su PCP coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted necesite al enviarlo a ver un especialista u otro proveedor cuando lo necesite. Sin embargo, no se requiere una remisión de su PCP para acudir a un especialista. Si necesita servicios de un especialista que requieren autorización previa, el especialista solicitará la aprobación de Sentara Medicare. Los servicios que requieren autorización previa se indican en la sección 2.1 del capítulo 4 de

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

esta EOC. En la mayoría de los casos, si recibe servicios de un médico no perteneciente a la red, un hospital u otro proveedor de atención médica sin obtener la aprobación de nuestro plan, no cubriremos esos servicios. Medicare Original también denegará el pago de estos servicios.

¿Qué sucede si un especialista y otro proveedor de la red deja de trabajar con nuestro plan?

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o salud conductual abandona nuestro plan, se lo notificaremos si acudió a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o ha acudido a él en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor de la red calificado al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente se encuentra bajo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, usted tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo.
- Le brindaremos información sobre los diferentes periodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con un costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. En la mayoría de los casos, se requiere autorización previa para los médicos, hospitales u otros proveedores o servicios de atención médica fuera de la red, caso contrario, no se cubrirán los servicios.
- En la mayoría de las situaciones, si recibe servicios de un médico, hospital u otro proveedor de atención médica fuera de la red sin la aprobación de nuestro plan, no cubriremos esos servicios.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando de manera adecuada, usted tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el capítulo 9.

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Puede recibir atención médica de emergencia o urgencia cubierta siempre que la necesite, incluso si se encuentra fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Si tiene una enfermedad renal en fase terminal y se encuentra fuera del área de servicio de Sentara Medicare, puede recibir los servicios de diálisis necesarios de un proveedor fuera de la red. Usted, su representante o su proveedor pueden comunicarse con el plan para solicitar su aprobación y consultar a un proveedor fuera de la red en otras circunstancias que no sean la atención de urgencia o emergencia. Su proveedor deberá brindarnos los motivos médicos por los que necesita consultar a un proveedor fuera de la red. Algunas de las razones por las que puede necesitar atención por parte de un proveedor fuera de la red incluyen las siguientes: se encuentra en una etapa crítica de un tratamiento actual que sería mejor continuar con su proveedor actual; necesita atención o servicios médicos que no son proporcionados por un proveedor de la red; o necesita tratamiento especializado o un procedimiento que solo realizan unos pocos proveedores. El plan revisará la información de su proveedor. Si comprobamos que el servicio está disponible a través de un proveedor de la red, es posible que le derivemos a uno de nuestros proveedores de la red.

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

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona inexperta prudente con conocimientos promedios de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o problema grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora con rapidez.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener una aprobación o una remisión primero de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, y por parte de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Asegúrese de que nuestro plan ha sido informado sobre su emergencia tan pronto como sea posible.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Llame a Servicios al Miembro de Sentara Medicare al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de id. de miembro.

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar hasta la sala de emergencias de alguna otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su afección es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez finalizada la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Los médicos continuarán con el tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y formulen planes de atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia es provista por proveedores fuera de la red, procuraremos que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a un centro para recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico le podría decir que no era una emergencia después de todo. Si resulta ser que fue una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que *no* fue una emergencia, cubriremos su atención adicional *solo* si obtiene atención adicional en una de estas dos formas:

- Usted consulta con un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicio de urgencia y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Obtener atención cuando se le presenta una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, debido a su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con los proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran urgentes aunque esté fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible de manera temporal.

Si no puede esperar a acudir a su proveedor habitual de la red, puede llamar a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en la contraportada de este manual. Nuestros representantes pueden informarle dónde se encuentran los centros de atención de urgencia de

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

nuestra red. También puede buscar una lista de nuestros centros de atención de urgencia en el *Directorio de proveedores y farmacias* que se encuentra en nuestro sitio web en sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories. Además, puede llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 757-552-7250 (local) o al 1-800-394-2237 (llamada gratuita). Enfermeros profesionales atienden esta línea y ellos evaluarán su problema médico actual y le recomendarán un nivel adecuado de atención. Nuestros enfermeros pueden ayudarlo a decidir si debe acudir a un centro de atención de urgencia y decirle dónde se encuentran.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias: Si tiene una afección médica de emergencia, si el transporte de ambulancia de emergencia es médicamente necesario o si tiene una necesidad urgente de atención, como una enfermedad, lesión o afección imprevista que requiera atención médica inmediata.

Sección 3.3 Obtener atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: sentarahealthplans.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de atención dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente por el costo completo de los servicios?

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

Si pagó más que el costo compartido del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

Sentara Medicare Engage cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en la tabla de beneficios médicos del capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no contaba con una autorización, usted es responsable del pago del costo completo de los servicios.

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

Para los servicios cubiertos con limitación de beneficio, usted también paga el costo completo de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. Además, si alcanza el límite de beneficios para un servicio cubierto, el costo de estos servicios que supere el límite de beneficios no contará para su máximo de desembolso directo. Puede llamar a Servicios al Miembro cuando desee saber cuánto del límite de beneficios ya ha utilizado.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos por cualquier servicio o atención médica que esté considerando, usted tiene derecho a preguntarnos si la cubriremos antes de que la reciba. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) tiene más información sobre qué hacer si quiere obtener una decisión de cobertura de parte nuestra o si quiere apelar una decisión que ya hemos realizado. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio y usted muestre interés, una persona que trabaje en él se pondrá en contacto para explicarle en detalle en qué consiste el estudio y determinar si reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo llevarán a cabo. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para este y comprenda y acepte en su totalidad lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba durante su participación en el estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre el monto que pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos u obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brinden su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con estudios de desarrollo de pruebas (NCDs-CED) y de exención de dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

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

Sección 5.2 ¿Quién paga cada cosa cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, que incluyen los siguientes:

- Habitación y alojamiento durante la estadía hospitalaria que Medicare pagaría aunque no participara en el estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte de un estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

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

A continuación, se muestra un ejemplo del funcionamiento del costo compartido:

Digamos que usted tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que la parte que le corresponde a usted de los costos de esta prueba es de \$20 con Medicare Original, pero la prueba costaría \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría \$20 de copago requerido por Medicare Original. A continuación, debería notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, el pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago por parte de su plan debe presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se evalúa en el estudio a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aun si usted *no* participa en un estudio.
- Los artículos o servicios provistos solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computadas (TC) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica por lo general requiere solo una TC.
- Los artículos y servicios ofrecidos habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita por cualquier inscrito en la prueba.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención médica sin carácter médico?

Una institución religiosa de atención médica sin carácter médico es un centro que brinda atención para una afección que, por lo general, se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, le brindaremos cobertura de la atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico. Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de atención).

Sección 6.2 Recibir atención en una institución religiosa de atención médica sin carácter médico
--

Para obtener atención de una institución religiosa de atención médica sin carácter médico, debe firmar un documento legal que indique que usted se opone de forma consciente a recibir un tratamiento médico que sea **no excluido**.

- La atención médica o el tratamiento **no excluido** es cualquier tipo de atención médica o tratamiento que sea *voluntario* y *no obligatorio* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **excluido** es la atención médica o el tratamiento que usted recibe que *no* es voluntario y es *obligatorio* según la ley federal, estatal o local.

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

Para recibir la cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de atención médica sin carácter médico debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que provee el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que recibe está limitada a los aspectos de atención *no religiosos*.
- Si recibe servicios de parte de esta institución los cuales se le proporcionan en este centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos de atención hospitalaria o de atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

La cobertura de este beneficio es ilimitada, ya que es la misma que la de nuestra atención hospitalaria.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico durable

Sección 7.1 ¿Será usted dueño del equipo médico durable después de realizar una cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

El equipo médico durable (DME) incluye artículos como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones accionados, muletas, insumos para diabetes, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso domiciliario. Los miembros son siempre propietarios de ciertos artículos, como por ejemplo las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de DME serán propietarias de dicho equipo después de pagar los copagos correspondientes al artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Sentara Medicare Engage, por lo general no será dueño de los artículos alquilados de DME independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si efectuó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME de Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó para el equipo médico durable si cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para poder adquirir el artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad

Capítulo 3: Uso del plan para los servicios médicos

mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se vuelva a inscribir en Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si cumple con los requisitos para obtener la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Sentara Medicare Engage cubrirá lo siguiente:

- alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si abandona Sentara Medicare Engage o ya no necesita un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, se devolverá el equipo de oxígeno.

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

Medicare Original requiere que un prestador de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el prestador se encarga del equipo y del mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer con la misma empresa o cambiarse a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, incluso si permanece con la misma empresa, lo que requiere que pague los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

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

SECCIÓN 1 Comprender los costos de desembolso directo de los servicios cubiertos

En este capítulo se encuentra una tabla de beneficios médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos e indican cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Sentara Medicare Engage. Más adelante en este capítulo, puede buscar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los servicios cubiertos

Para comprender la información sobre los pagos provista en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso directo que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos.

- Un **copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos que se encuentra en la sección 2 le brinda más detalles sobre los copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos que se encuentra en la sección 2 le brinda más detalles sobre los coseguros).

La mayoría de las personas que cumplen con los requisitos para obtener Medicaid o que participan del programa beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrar la prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB al proveedor, si corresponde.

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto total de desembolso directo que debe pagar cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama monto máximo de desembolso directo (MOOP) para los servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es \$4,500.00.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro de los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de desembolso directo. Los montos que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo de desembolso directo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de desembolso directo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de desembolso directo de \$4,500.00, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

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

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de Sentara Medicare Engage, una protección importante para usted es que solo debe pagar el monto del costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos por su plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, denominados **facturación de saldos**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación, se describe cómo funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del total de los cargos), entonces no paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que vea:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, deberá pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare a los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o servicios de atención de urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando le remiten a un especialista, en caso de emergencias o fuera del área de servicio para servicios de urgencia).
- Si considera que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios al Miembro.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

En la tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes se enumeran los servicios que cubre Sentara Medicare Engage y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el capítulo 5. Los servicios enumerados en la tabla de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.

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

- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe ofrecer un periodo mínimo de transición de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta., a menos que se trate de atención de emergencia o urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que deberá pagar el total de los servicios que le preste el proveedor.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le brinda atención y supervisa esta atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (algunas veces se denomina autorización previa) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la tabla de beneficios médicos en cursiva.

Otras cosas importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Medicare Original cubre. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que lo haría en Medicare Original. Por otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual *Medicare y usted 2025*. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o puede solicitar una copia al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o se le controla por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2025, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre los beneficios para los inscritos con ciertas afecciones crónicas

- Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.

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

- Las afecciones crónicas potencialmente elegibles para beneficios complementarios especiales incluyen las siguientes: trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, alcoholismo crónico y otra dependencia de drogas, afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos pulmonares crónicos, demencia, diabetes, enfermedad hepática en fase terminal, enfermedad renal en fase terminal (ESRD), VIH/sida, trastornos neurológicos, trastornos hematológicos graves, accidente cerebrovascular.
 - Usted cumple con los requisitos para recibir beneficios de transporte adicionales de manera automática si tiene un diagnóstico confirmado a través de nuestro programa de gestión de casos. Puede cumplir con los requisitos para obtener una asignación para comestibles completando un cuestionario que usted autocertifica al menos una de las afecciones elegibles indicadas anteriormente.
- Consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* en la siguiente tabla de beneficios médicos para obtener más detalles.
 - Si desea conocer con exactitud para qué beneficios puede ser elegible, póngase en contacto con nosotros.

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



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

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Evaluación de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Es una evaluación de detección con ultrasonido por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica para realizar la prueba.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir esta evaluación de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Los beneficiarios de Medicare tienen cubiertas hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un dolor que dura 12 semanas o más. • No es específico, lo que significa que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No se asocia con una cirugía. • no está asociado a un embarazo. <p>Se cubren ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o presenta un retroceso.</p> <p>Requisitos de los proveedores: Los médicos (según se define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden realizar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS), como se identifica en el artículo 1861(aa)(5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión para la Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) 	<p>\$15 de copago</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para realizar acupuntura en un estado, territorio o estado independiente (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia <p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS según lo requerido en los reglamentos del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), secciones 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre con aeronaves de ala fija o rotatoria, hasta el establecimiento adecuado más cercano donde se pueda proporcionar la atención si estos servicios se brindan a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p><i>El proveedor debe obtener autorización para todas las ambulancias/transportes terrestres y aéreos que no sean de emergencia.</i></p> <p>\$280 de copago para el transporte de ambulancia de ida cubierto por Medicare</p>
<p>Examen físico anual* Incluye un examen físico completo y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de diagnóstico no radiológico o pruebas de diagnóstico radiológico. Se puede aplicar un costo compartido adicional a cualquier prueba de laboratorio o diagnóstico realizada durante la visita, como se describe para cada servicio específico. Límite de un examen físico anual por año calendario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Visita de bienestar anual Si tiene la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita <i>Bienvenido a Medicare</i></p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas de bienestar anuales.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>para que se le cubran las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	
<p>Dispositivos de seguridad para el baño*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los miembros pueden obtener hasta dos (2) dispositivos de seguridad para el baño en un año calendario. • Esto no se deduce de la asignación para artículos de venta libre (OTC). • Los artículos se entregan sin costo adicional. • Los miembros pueden solicitar dispositivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ En línea: Visite SentaraMedicare.NationsBenefits.com. <p>Dispositivos de seguridad para el baño* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Por teléfono: Llame sin costo al 1-877-438-7521 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. 	<p>\$0 de copago</p>
<p> Densitometría ósea</p> <p>Para las personas que cumplan con los requisitos (por lo general, se trata de 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 de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las densitometrías óseas cubiertas por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía inicial para mujeres entre 35 y 39 años de edad • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y mayores • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y consejería están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que por lo general son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$15 de copago para las sesiones del programa de rehabilitación cardíaca cubiertas por Medicare (por un máximo de 2 sesiones de 1</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>hora por día por hasta 36 sesiones o hasta 36 semanas)</p> <p>\$15 de copago para las sesiones del programa de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertas por Medicare (por un máximo de 72 sesiones de 1 hora, hasta 6 sesiones por día, durante un periodo de hasta 18 semanas)</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, es posible que el médico hable con usted sobre el uso de aspirina (si corresponde), le controle la presión arterial y le dé consejos para asegurarse de que mantiene una alimentación sana.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de padecer la enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses. • Si usted tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vaginal, o está en edad fértil y obtuvo un examen de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: Un examen de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. • La atención de rutina complementaria se limita a 12 visitas por año. • (Los servicios auxiliares, como las radiografías y los aparatos, no están cubiertos). 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$15 de copago para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</p> <p>\$15 de copago para los servicios quiroprácticos de rutina cubiertos</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario anterior. 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excepto los enemas baritados para los cuales se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a copagos. Será \$0 de copago en un consultorio del PCP y \$85 de copago en todas las demás ubicaciones (incluidas las instalaciones separadas en el mismo edificio que el consultorio del PCP).</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o mayores. Una vez cada 120 meses para pacientes que no estén en alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o mayores. Una vez cada 12 meses. • ADN multiobjetivo en deposiciones para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un enema de bario cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presenten un alto riesgo y que tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después de la última evaluación de detección con enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una evaluación de detección de cáncer colorrectal a través de deposiciones no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios odontológicos en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o los exámenes orales anteriores al trasplante de riñón. Además, cubrimos:</p> <p>Beneficios odontológicos cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos o servicios odontológicos de rutina no cubiertos (p. ej., extracción de dientes o examen) que realiza un dentista que son médicamente necesarios para tratar un accidente, una lesión o una enfermedad cubierta por Medicare. 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.</i></p> <p>\$0 de copago para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p> <p>Su plan incluye los siguientes beneficios odontológicos preventivos complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes orales: 2 cada 12 meses* • limpiezas: 2 cada 12 meses* • radiografías: 2 radiografías de mordida cada 12 meses y 1 radiografía de boca completa cada 36 meses* • tratamientos con fluoruro: 2 cada 12 meses* 	<p>Beneficios odontológicos preventivos suplementarios: Copago de \$0 para exámenes bucales. Copago de \$0 para limpiezas. Copago de \$0 para rayos x. Copago de \$0 para tratamientos con flúor.</p> <p>Beneficios odontológicos integrales complementarios:</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Su plan incluye los siguientes beneficios de odontología integral complementarios:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura anual máxima de \$2,500 cada año. El máximo anual no se aplica a los beneficios odontológicos preventivos. Usted es responsable del costo de cualquier servicio que supere el monto máximo. 	<p>\$35 de copago por visita al consultorio por servicios restaurativos</p>
<p>Servicios restaurativos*</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Empastes de amalgama y resina: una restauración por superficie por diente cada 24 meses. 	<p>\$35 de copago por visita al consultorio por endodoncia</p>
<p>Endodoncia*</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de conducto y retratamiento de conductos radiculares anteriores, uno por diente permanente de por vida. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pulpotomía terapéutica o desbridamiento pulpar bruto de dientes primarios y permanentes, uno por diente permanente de por vida. 	<p>\$35 de copago por visita al consultorio por periodoncia</p>
<p>Periodoncia*</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Raspado periodontal y alisado radicular: una vez por cuadrante cada 36 meses. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Desbridamiento bucal completo: uno cada 36 meses. Limpiezas periodontales, incluido el recuento de mantenimiento periodontal, para la frecuencia de limpieza anual. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos de mantenimiento periodontal: cuatro cubiertos cada 12 meses. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento de colgajo gingival, gingivectomía, gingivoplastia: una vez por cuadrante, cada 36 meses. 	<p>\$35 de copago por visita al consultorio para prostodoncia, removable</p>
<p>Prostodoncia, removable*</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Dentaduras removibles completas, parciales, parciales, inmediatas, y sobredentadura: una cada 60 meses. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste las dentaduras: dos ajustes por arco cada 12 meses después de 6 meses desde la colocación inicial. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Reparación de dentaduras: una vez por arco cada 12 meses una vez transcurridos 6 meses desde la colocación inicial. 	
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Reparación de la base o estructura, o reemplazo de diente o gancho faltante o roto, adición de diente, 	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>adición de gancho en dentaduras: una vez por diente cada 12 meses después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial.</p> <ul style="list-style-type: none">• Rebase y restauración de dentaduras: una vez cada 36 meses después de 6 meses desde la colocación inicial.• Acondicionamiento tisular: una vez cada 60 meses junto con la fabricación de una nueva dentadura.	\$35 de copago por visita al consultorio para cirugía bucal y maxilofacial
<p>Cirugía bucal y maxilofacial*</p> <ul style="list-style-type: none">• Extracciones y coronectomía, una vez por diente de por vida. <p>Los servicios se brindan a través de Delta Dental. Los miembros deben utilizar un proveedor odontológico de la red. El localizador de proveedores de Delta Dental se puede encontrar en providers4you.com/NationalMedicareAdvantage.</p>	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Evaluación de detección de depresión Cubrimos una evaluación de detección de depresión por año. La evaluación de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita para la evaluación de detección de depresión anual.</p>
<p> Evaluación de detección de diabetes Cubrimos esta evaluación de detección (incluye las pruebas de glucosa en ayuno) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de valores anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre. Las pruebas también se podrían cubrir si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes de diabetes. Es posible que sea elegible para recibir hasta dos evaluaciones de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de la prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para la diabetes e insumos Para todas las personas con diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y monitores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año, (incluye inserciones provistas de tales zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas provistas con tales zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • En determinadas circunstancias, se cubre la capacitación para el autocontrol de la diabetes. 	<p><i>Se requiere autorización previa para algunas insulinas, bombas de insulina y monitores continuos de glucosa.</i></p> <p><i>Los monitores continuos de glucosa preferidos son Dexcom y Freestyle Libre.</i></p> <p><i>Las tiras reactivas para diabéticos están limitadas a 90/mes.</i></p> <p><i>Se necesitaría autorización previa para otros fabricantes y si exceden el límite de cantidad de 90/mes.</i></p> <p><i>Las tiras reactivas preferidas son LifeScan (OneTouch) y Abbott (Freestyle, Precision).</i></p> <p><i>\$0 de copago para los insumos para diabetes cubiertos por Medicare</i></p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>20 % de coseguro para zapatos y plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para la capacitación en autocontrol de diabetes.</p>
<p>Equipo médico durable (DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de equipo médico durable, consulte el capítulo 12 y la sección 7 del capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, insumos para diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro prestador en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede consultarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de prestadores está disponible en nuestro sitio web en sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories</p>	<p><i>Se requiere autorización previa del plan para los artículos individuales cubiertos por Medicare que superen los \$500.</i></p> <p>20 % de coseguro del costo por el equipo médico durable y los suministros relacionados cubiertos por Medicare</p> <p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de 20 % de coseguro cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p>
<p>Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona inexperta prudente con conocimientos promedios de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora con rapidez.</p>	<p>\$125 de copago para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se establezca su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para continuar con la cobertura de su atención, o bien, debe recibir la atención hospitalaria</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>El costo compartido para los servicios de emergencia proporcionados fuera de la red es el mismo que se cobraría si dichos servicios se proporcionaran dentro de la red. La atención de emergencia también está disponible como un beneficio complementario que brinda cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo.* El servicio mundial de atención y transporte de urgencia/emergencia se limita a \$50,000.</p>	<p>en el hospital fuera de la red con la autorización del plan y el costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. \$50 de copago para los servicios mundiales de atención y transporte de urgencia/emergencia</p>
<p> Programas educativos sobre la salud y el bienestar</p> <p>Beneficio de fitness* Consulte la membresía de SilverSneakers® para obtener más información.</p> <p>Educación sobre la salud* Todos los miembros tienen acceso a oportunidades de educación para la salud (a través de materiales escritos, videos, audios, en persona, teléfonos o en línea: se pueden requerir citas) con nuestro personal de RN, dietistas registrados o especialistas en educación para la salud certificados.</p> <p>Beneficio nutricional/dietético* Todos los miembros tienen acceso a oportunidades de educación para la salud (a través de materiales escritos, videos, audios, en persona, telefónicas o en línea, se pueden requerir citas) con nuestro personal de RN, dietistas registrados o especialistas en educación para la salud certificados. Esto incluye educación sobre temas nutricionales y dietéticos.</p> <p>Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco* Todos los miembros tienen acceso a oportunidades de educación para la salud (a través de materiales escritos, videos, audios, en persona, telefónicas o en línea, se pueden requerir citas) con nuestro personal de RN, dietistas registrados o especialistas en educación para la salud certificados. Esto incluye asesoramiento y apoyo adicionales para mejorar el éxito en dejar de fumar y de consumir tabaco.</p> <p>Línea de consejos de enfermería*</p>	<p>\$0 de copago por la membresía en SilverSneakers®</p> <p>\$0 de copago para la educación para la salud cubierta</p> <p>\$0 de copago para el beneficio nutricional/dietético</p> <p>\$0 de copago para las sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertas</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>La línea de consejos de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para darle consejos sobre la salud. El número de teléfono es: 1-800-394-2237 (llamada gratuita) (TTY: 711).</p>	<p>\$0 de copago para nuestra línea de asesoramiento de enfermería</p>
<p>Cobertura de audífonos* Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina: Un examen cada 12 meses. • Audífonos: Hasta \$2,000 para el costo de un conjunto de audífonos de NationsHearing cada 12 meses. Usted es responsable de cualquier costo restante después de que se aplique el límite máximo de beneficio del plan. • Evaluaciones de adaptación de audífonos: Tres adaptaciones/evaluaciones de audífonos cada 12 meses. <p>Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 visitas de seguimiento en el primer año a partir de la fecha de adaptación inicial • un periodo de prueba de 60 días a partir de la fecha de la adaptación • suministro de hasta 1 año de baterías para audífonos <p>Cobertura de audífonos* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantía de reparación del fabricante de 3 años • 1 vez la cobertura de reemplazo de audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono) • primer conjunto de moldes para los oídos (cuando sea necesario) <p>Nuestro plan tiene un contrato con NationsHearing para brindar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener los audífonos a través de NationsHearing. Póngase en contacto con NationsHearing por teléfono al 1-877-438-7521 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., o en Internet en</p>	<p>\$0 de copago para el examen de audición de rutina, la adaptación y la evaluación</p> <p>\$0 de copago para los audífonos cubiertos</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>NationsHearing.com/SentaraMedicare para obtener más información o programar una cita.</p>	
<p>Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Cubrimos exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$15 de copago para los exámenes de audición cubiertos por Medicare</p>
<p> Evaluación de detección del VIH Para las personas que solicitan una evaluación de detección del VIH o que presentan un mayor riesgo de contraer una infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para realizarse las evaluaciones preventivas de detección del VIH cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención por parte de una agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de salud domiciliarios, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica domiciliaria y solicitará que los servicios de atención médica domiciliaria sean proporcionados por una agencia de salud para el hogar. Debe estar en reposo en su casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistente de salud a domicilio y de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente (para que se cubran conforme al beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de asistente de salud a domicilio y de enfermería especializada combinados deben sumar menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana). • Terapia física, ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales • Suministros y equipos médicos. 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> \$0 de copago</p>
<p>Terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración de medicamentos o productos biológicos por vía intravenosa o subcutánea a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antiviral, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, conductos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería que se brindan de acuerdo con el plan de atención • capacitación y educación del paciente que no esté cubierta de otro modo por el beneficio del equipo médico durable • Seguimiento remoto • servicios de control para la provisión de la terapia de infusión domiciliaria y los medicamentos de infusión domiciliaria suministrados por un prestador de terapia de infusión domiciliaria calificado 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> 0 % - 20% de coseguro</p>
<p>Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir el beneficio del centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un pronóstico terminal que certifica que usted es un enfermo terminal y le</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, a los servicios del centro de cuidados paliativos y</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue en su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a buscar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos en los que la organización de Medicare Advantage (MA) posee, controla o tiene intereses financieros. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo de corto tiempo • atención domiciliaria <p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Cuando se lo ingresa en un centro de cuidados paliativos, usted tiene derecho a permanecer en el plan; si elige permanecer en el plan, debe continuar pagando las primas. <u>Para los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor del centro de cuidados paliativos por los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras sea parte del programa de cuidados paliativos, el proveedor del centro de cuidados paliativos le facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no son de urgencia ni de emergencia, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido 	<p>los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, no Sentara Medicare Engage.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>conforme al pago por servicio de Medicare (Medicare Original).</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por Sentara Medicare Engage pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u></p> <p>Sentara Medicare Engage continuará con la cobertura de los servicios cubiertos por el plan que no se cubren conforme a la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u></p> <p><u>Si estos medicamentos no están relacionados con la afección terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con la afección terminal del centro de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Medicare Original.</u> Los medicamentos nunca reciben la cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención sin cuidados paliativos (atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), debe ponerse en contacto con nosotros para organizar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre la planificación anticipada de la atención y parte de esa planificación incluye servicios educativos de cuidados paliativos para personas con enfermedades terminales.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacunas contra la neumonía • vacuna contra la gripe/gripe (o vacunas), una vez por cada temporada de gripe/gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/gripe (o vacunas) si son médicamente necesarias • vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraerla • vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos conforme al beneficio de medicamentos con receta</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la COVID-19, neumonía, gripe, hepatitis B.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>de la Parte D. Consulte la sección 8 del capítulo 6 para obtener información adicional.</p>	
<p>Servicios de apoyo domiciliarios Este beneficio no médico domiciliario conecta a los miembros con una red de ayudantes para ayudar con las actividades diarias básicas, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • compra de comestibles • Recados • Juegos de mesa • Trabajar en el jardín • Preparación de comidas • Tareas domésticas livianas • Ayuda técnica • ayuda con las mascotas <p>Para aprovechar este servicio o para obtener más información, llame al 1-855-481-7267 (TTY: 711).</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago para hasta 40 horas/año</p>
<p>Atención hospitalaria como paciente hospitalizado Incluye diferentes tipos de servicios, por ejemplo, hospitalización aguda, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que sea dado de alta es su último día de estadía hospitalaria. Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas que incluyen dietas especiales. • Servicios de enfermería periódico. • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios). • Medicamentos y fármacos. • Pruebas de laboratorio. • Rayos x y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. <p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operación y recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para trastornos por uso de sustancias en pacientes hospitalizados. 	<p><i>Se requiere autorización previa del plan para la atención hospitalaria como paciente hospitalizado cubierta por Medicare, excepto en caso de emergencia.</i></p> <p>No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan por cada estadía hospitalaria por cada periodo de beneficios*.</p> <p>Días 1 al 8: \$225 de copago por día</p> <p>Días 9 al 90: \$0 de copago por día</p> <p>Días 91 y posteriores: \$0 de copago por día*</p> <p>* Periodo de beneficio: comienza el día en que se lo ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada (SNF). Termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>durante 60 días seguidos. Si usted va a un hospital o SNF después de que termine un período de beneficios, comienza uno nuevo.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, el costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• En ciertas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>ósea, células madre, e intestinos y vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos que su caso sea revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare el cual decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del área habitual de atención en la comunidad, usted puede optar por recibir los servicios de trasplante localmente, siempre y cuando los proveedores estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Sentara Medicare Engage brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del área habitual de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en esta ubicación distante, arreglaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta utilizada. • Servicios médicos. <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo de manera formal como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si permanece en el hospital de un día para otro, podría considerársele un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si se lo considera paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede obtener más información en una hoja informativa de Medicare que se llama <i>¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía hospitalaria.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa del plan para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare, excepto en caso de emergencia.</i></p>
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (continuación)</p>	<p>No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan por cada estadía hospitalaria por cada periodo de beneficios*.</p> <p>Días 1 al 8: \$225 de copago por día</p> <p>Días 9 al 90: \$0 de copago por día</p> <p>A partir del día 91 en adelante: \$0 de copago por día.</p> <p>Se aplica un copago el día en que usted es admitido para la atención hospitalaria, pero no el día en que es dado de alta.</p> <p>*Período de beneficios: comienza el día en que es admitido como paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si usted va a un hospital o SNF después de que termine un período de beneficios, comienza uno nuevo.</p>
<p>Estadía de paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta. Si la estadía en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF) no es razonable y necesaria, o si ha agotado sus beneficios de SNF, no cubriremos su estadía en el hospital o el SNF. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el</p>	<p>Si permanece como paciente hospitalizado en un hospital o establecimiento de enfermería especializada (SNF) cuando la estadía ya no esté cubierta, este plan pagará el costo de los médicos y otros servicios médicos que sean razonables</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>hospital. Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Pruebas diagnósticas (como pruebas de laboratorio). • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortopédicos (excepto dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo inoperante de manera permanente o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos. • Soportes para brazos, piernas, espalda y cuello; bragueros; piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a <p>Estadía de paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta (continuación)</p> <p>rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, del habla y ocupacional. 	<p>y necesarios para los servicios cubiertos por Medicare como se indica en este folleto. Consulte los servicios específicos para obtener información sobre los costos compartidos y los requisitos de autorización previa.</p>
<p>Comidas después del alta</p> <p>Beneficio de comida después del alta disponible para los miembros que cumplen con los requisitos después del alta de un centro para pacientes hospitalizados, como un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de enfermería especializada. El beneficio incluye hasta 2 comidas por día durante 28 días entregadas al domicilio del miembro.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa del plan para las comidas después del alta.</i></p> <p>\$0 de copago</p>
<p> Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando el médico lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año en que usted recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su pedido anualmente si su tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.</p>	
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles, de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento respecto de la salud que proporciona capacitación práctica para cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para recibir el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos de venta bajo receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, el paciente no se autoadministra y que se inyectan o se administran mientras usted recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina administrada a través de un equipo médico durable (como una bomba de insulina médicamente necesaria). 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>0 % a 20 % de coseguro para medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare</p> <p>Determinados medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a la terapia escalonada.</p> <p>\$0 de copago para la insulina cubierta de la Parte B de Medicare</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros medicamentos que toma utilizando el equipo médico durable (como los nebulizadores) que el plan autorizó. • El medicamento contra el alzhéimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de la medicación, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar los costos generales. Hable con su médico sobre los exámenes y las pruebas que puede necesitar como parte del tratamiento. 	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hemofilia. • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en el domicilio, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (quién podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en formato inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que aparezcan nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, lo hace la Parte D. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia, o si se utilizan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en formato inyectable y el beneficio para la ESRD de la Parte B lo cubre. 	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicaciones calcimiméticas incluidas en el sistema de pago por ESRD, incluida la medicación intravenosa Parsabiv®, y la medicación oral Sensipar®. • Determinados fármacos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene una enfermedad renal en fase terminal (ESRD) o si 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 domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). <p>También cubrimos algunas vacunas de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>En el capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas. En el capítulo 6, encontrará información sobre lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
<p> Evaluación de detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta consejería está cubierta si usted lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección de obesidad y terapia preventivas.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa del plan</i></p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicaciones para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los EE. UU. • entrega y administración de medicaciones para el MAT (si corresponde) • asesoramiento para el trastorno por uso de sustancias • terapia individual y grupal <p>Servicios del programa de tratamiento de opioides (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de toxicología • actividades de admisión • evaluaciones periódicas 	<p><i>para los servicios del programa de tratamiento de opioides.</i></p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopo), incluido los materiales y suministros del técnico. • Suministros quirúrgicos, como los vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrados de glóbulos rojos comienza con la primera pinta que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	<p><i>Se requiere autorización previa del plan para las pruebas genéticas cubiertas por Medicare y los procedimientos avanzados de diagnóstico por imágenes, que incluyen, entre otros, resonancia magnética (IRM), diagnóstico con angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía computarizada (TC), angiotomografía computada (CTA) y tomografía computarizada por emisión de positrones (TEP). También se requiere autorización previa para todos los servicios de diagnóstico radiológico cubiertos por Medicare, excepto los ultrasonidos.</i></p> <p>\$0 de copago para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para los procedimientos y para pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare en el consultorio de su PCP. Copago de \$85 en todos los demás lugares</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>(incluye instalaciones separadas dentro del mismo edificio que el consultorio del PCP).</p> <p>\$0 de copago para las radiografías cubiertas por Medicare en el consultorio de su PCP \$85 de copago en todas las demás ubicaciones (incluidas las instalaciones separadas en el mismo edificio que el consultorio del PCP)</p> <p>\$265 de copago para los procedimientos de diagnóstico por imágenes avanzados cubiertos por Medicare que incluyen, entre otros, resonancia magnética (IRM), diagnóstico con angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía computarizada (TC), angiotomografía computada (CTA) y tomografía computarizada por emisión de positrones (TEP)</p> <p>\$0 de copago para los servicios de diagnóstico radiológico cubiertos por Medicare en el consultorio del PCP \$85 de copago en todas las demás ubicaciones (incluidas las instalaciones separadas en el mismo edificio que el consultorio del PCP)</p> <p>\$25 de copago para los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare en un consultorio del especialista 20 % de coseguro para servicios radiológicos terapéuticos en todas las demás ubicaciones (incluidas las instalaciones separadas en</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	el mismo edificio que el consultorio del especialista)
<p>Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se dan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital de un día para otro, podría considerársele un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede obtener más información en una hoja informativa de Medicare que se llama <i>¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa del plan para ciertos servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</i></p> <p>\$255 de copago por cada visita de observación cubierta por Medicare</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$255 de copago por cada visita hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare</p> <p>Consulte estos beneficios enumerados en esta tabla de beneficios médicos para obtener información sobre</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de estadía hospitalaria parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Rayos x y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos. 	<p>copagos/coseguros y requisitos de autorización previa.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no se puede autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital de un día para otro, podría considerársele un paciente ambulatorio. Si no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede obtener más información en una hoja informativa de Medicare que se llama <i>¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de la salud mental de pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental brindados por un médico o un psiquiatra con licencia del estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), un enfermero profesional (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$20 de copago por cada visita de terapia individual como paciente ambulatorio cubierta por Medicare con un psicólogo clínico con licencia o un trabajador social clínico con licencia</p> <p>\$20 de copago por cada visita de terapia grupal como paciente ambulatorio cubierta por Medicare con un psicólogo clínico con licencia o un</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>trabajador social clínico con licencia</p> <p>\$20 de copago por cada visita de terapia individual como paciente ambulatorio cubierta por Medicare con un psiquiatra</p> <p>\$20 de copago por cada visita de terapia grupal como paciente ambulatorio cubierta por Medicare con un psiquiatra</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: terapia física, ocupacional, del habla y de patología del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proporcionan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, tales como departamentos de hospital para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y establecimientos integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$20 de copago para las visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare</p> <p>\$15 de copago para las visitas de terapia física o patología del habla y el lenguaje cubiertas por Medicare</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria (continuación)</p>	
<p>Servicios ambulatorios por trastorno por uso de sustancias Los servicios cubiertos incluyen: Servicios para trastornos por uso de sustancias brindados por un médico o un psiquiatra con licencia del estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero profesional, un asistente médico u otro profesional para el trastorno por uso de sustancias calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por la visita de terapia de abuso de sustancias individual para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para visita de terapia de abuso de sustancias grupal para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros ambulatorios del hospital y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si usted se somete a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor acerca de si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía</p>	<p><i>Se requiere autorización previa del plan para los servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare.</i></p> <p>\$200 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital de un día para otro, podría considerársele un paciente ambulatorio.</p>	<p>\$255 de copago por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare a un centro hospitalario</p> <p>\$255 de copago por cada visita de observación cubierta por Medicare</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)* Nuestro plan incluye medicamentos de venta libre aprobados sin receta y artículos relacionados con la salud como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfriado, y vendajes. Usted tiene \$120 cada 3 meses para gastar en artículos de OTC aprobados por el plan. Como miembro, puede solicitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea: Visite SentaraMedicare.NationsBenefits.com. • Por teléfono: Llame a NationsBenefits sin costo al 1-877-438-7521 (TTY: 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora estándar del Este), excepto los días festivos. <p>Su pedido se enviará al domicilio que proporcione al realizar el pedido. El envío no le costará nada.</p>	<p>Usted paga \$0 por el programa de artículos de venta libre (OTC).</p> <p>Asegúrese de gastar el monto de OTC no utilizado, ya que caducará al final de cada trimestre.</p> <p>Q1: De enero a marzo Q2 De abril a junio Q3 De julio a septiembre Q4 De octubre a diciembre</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, proporcionado como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico, el terapeuta, el matrimonio con licencia y el terapeuta familiar (LMFT) o el consultorio del consejero profesional con licencia, y que es una alternativa a la hospitalización de paciente hospitalizado.</p> <p>El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) brindado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud con certificación federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que se recibe en el médico, el terapeuta, el matrimonio con licencia y el terapeuta familiar (LMFT), o el consultorio del consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$35 de copago para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare por día</p>
<p>Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)*</p> <p>El PERS permite a los miembros elegibles pedir ayuda en caso de emergencia simplemente con pulsar un botón. El servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Llame a Servicios al Miembro para obtener más información: 1-800-927-6048 (TTY:711).</p> <p>Desde el 1 de octubre al 31 de marzo Los 7 días de la semana De 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Desde el 1 de septiembre hasta el 30 de septiembre De lunes a viernes De 8 a. m. a 8 p. m.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa del plan para el PERS.</i></p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de un médico/practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio del hospital o cualquier otro lugar. 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa del plan.</i></p> <p>\$0 de copago para cada visita al consultorio médico de atención primaria cubierta de Medicare</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico lo solicita para ver si necesita tratamiento médico. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal para miembros con diálisis domiciliaria en un centro hospitalario o de acceso crítico de diálisis renal, un establecimiento de diálisis renal o el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. 	<p>\$15 de copago por cada visita al consultorio de un especialista cubierta por Medicare</p> <p>\$200 de copago por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare</p> <p>\$255 de copago por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare a un centro hospitalario</p> <p>\$15 de copago para la segunda opinión de un especialista cubierta por Medicare</p>
<p>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita presencial dentro de los 6 meses previos a la primera visita de telesalud. ○ Tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior por ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental realizadas por las clínicas de salud rural y los centros de salud con certificación federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico de 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un nuevo paciente. ○ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ○ El control no requiere de una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. • Evaluación del video o las imágenes enviadas al médico, y la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un nuevo paciente. ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. 	<p>\$0 de copago para las citas virtuales (para obtener más información, consulte la sección Visitas virtuales).</p> <p>\$0 de copago para la atención dental no rutinaria cubierta por Medicare</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ La evaluación no requiere de una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. ● Consultas realizadas por su médico con otros médicos a través del teléfono, el Internet o la evaluación electrónica del historial médico. ● Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía. ● Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para el tratamiento de radiación de enfermedad neoplásica maligna, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico). 	
<p>Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo). <p>Servicios de podología (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atención de los pies de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores ● Beneficios complementarios de podología*. Atención de los pies de rutina (limitada a 8 visitas cada 12 meses). 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$15 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago por cada visita de podología de rutina no cubierta por Medicare</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen digital del recto • prueba del antígeno prostático específico (PSA) 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos, e insumos relacionados Son los dispositivos (no dentales) que reemplazan toda o una parte de una parte o una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas para colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, soportes, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura posterior a la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte Atención oftalmológica más adelante en esta sección.</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare y los suministros relacionados que superen los \$500.</i></p> <p>20 % de coseguro del costo para los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare</p> <p>Coseguro de 20% del costo para suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren los programas integrales de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o grave y un pedido para la rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$15 de copago para las sesiones del programa de rehabilitación pulmonar cubiertas por Medicare (por un máximo de 36 sesiones)</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Evaluación y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluso mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que aún no dependen de él. Si obtiene un resultado positivo para el abuso de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones cortas de asesoramiento en persona al año (si está consciente y atento durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico calificado de atención primaria o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la evaluación de detección y el asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Las personas que cumplen con los requisitos para este beneficio, tienen una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) cubierta cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: las personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar al menos 20 paquetes de cigarrillos por año, que actualmente fuman, o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden por escrito para una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartidas, que cumple con los criterios de Medicare respecto de dichas visitas. Un médico o un profesional calificado que no sea un médico deben brindar el pedido.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la evaluación inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden escrita para el examen de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, la cual puede obtenerse durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional calificado que no sea un médico. Si un médico, o un profesional calificado que no sea un médico, elige brindarle una visita de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartidas para evaluaciones de detección de cáncer de pulmón posteriores con una LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Evaluación de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos evaluaciones de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para la clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Se cubren estas evaluaciones de detección para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS, cuando un proveedor de atención primaria solicita las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales en persona de asesoramiento del comportamiento de alta intensidad de entre 20 y 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer una ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo</p> <p> Evaluación de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS (continuación)</p> <p>si lo brinda un proveedor de atención primaria y ocurren en un entorno de atención primaria, como el consultorio médico.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para recibir el beneficio preventivo para la evaluación de detección de ITS y el asesoramiento para prevenir ITS cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar las enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación para enfermedades renales para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando lo remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para atención especial). • Capacitación de autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con los tratamientos de diálisis domiciliaria). • Equipos y suministros para diálisis domiciliaria. 	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago para los servicios de educación de enfermedades renales cubiertos por Medicare</p> <p>20 % de coseguro del costo de la diálisis renal cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago para la capacitación para autodiálisis cubierta por Medicare</p> <p>20 % de coseguro del costo de los equipos de diálisis para el hogar y los suministros cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 de copago para los servicios de apoyo domiciliario cubiertos por Medicare</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para verificar la diálisis en el domicilio, para ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p>	
<p>Membresía de SilverSneakers®</p> <p>Los miembros están cubiertos para recibir un beneficio de fitness a través de SilverSneakers en línea y en las ubicaciones participantes*. A través de este beneficio, los miembros tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tienen acceso a una red nacional de ubicaciones participantes. Pueden tomar clases y utilizar el equipo para hacer ejercicio y otros servicios. Pueden inscribirse en todas las ubicaciones que deseen, en cualquier momento. Están conectados con una red de apoyo y recursos en línea a través de: <ul style="list-style-type: none"> clases de SilverSneakers EN VIVO videos a pedido de SilverSneakers aplicación móvil SilverSneakers GO 	<p>\$0 de copago</p>
<p>Membresía de SilverSneakers® (continuación)</p> <p>Para obtener más información sobre el beneficio y obtener una id. única de Silver Sneakers, los miembros pueden dirigirse a SilverSneakers.com o llamar al 1-866-584-7386 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>* Las ubicaciones participantes (PL) no son propiedad ni están operadas por Tivity Health, Inc. ni sus afiliadas. El uso de los centros y servicios de PL está limitado a los términos y condiciones de la membresía básica de PL. Los establecimientos y servicios varían según las PL.</p> <p>La membresía incluye clases de fitness grupal dirigidas por el instructor de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según la ubicación.</p> <p>SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. ©2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de la atención en un centro de enfermería especializada, consulte el capítulo 12 de este documento. Los establecimientos de enfermería especializada se los denomina SNF). Se cubren 100 días por cada periodo de beneficios. No se requiere estadía hospitalaria previa. Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicio de enfermería especializada. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (incluidas las sustancias presentes en el cuerpo de forma natural, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre (incluso el almacenamiento y la administración). La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionados por los SNF. • Rayos x y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por los SNF. • Uso de artefactos, como sillas de ruedas normalmente proporcionados por los SNF. • Servicios de Médico/Practicante. 	<p><i>Se requiere autorización previa del plan para la atención en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare.</i></p> <p>Para estadías en un SNF cubiertas por Medicare:</p> <p>Días 1 al 20: \$0 de copago por día.</p> <p>Días 21 al 100: \$214 de copago por día.</p> <p>* Periodo de beneficio: Comienza el día en que se lo ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o SNF. Termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria o atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si usted va a un hospital o SNF después de que termine un periodo de beneficios, comienza uno nuevo.</p>
<p>Por lo general, le brindarán atención de SNF en los establecimientos de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones descritas más abajo, es posible que</p> <p>Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>pueda pagar el costo compartido dentro de la red por una instalación que no pertenece a un proveedor de la red, si dicha instalación acepta los montos de nuestro plan para el pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para adultos mayores o una comunidad para la tercera edad con cuidados continuos donde vivía justo antes de 	

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>ir al hospital (siempre y cuando sea un centro que proporcione atención de enfermería especializada).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted abandona el hospital. 	
<p> Dejar de fumar y de usar tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o para dejar de consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos asesoramientos para intentar de dejar de fumar en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. <u>Si usted usa tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos sesiones de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos asesoramientos para intentar de dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido que corresponda. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. Consulte la información adicional para dejar de fumar y de consumir tabaco en «Programas educativos sobre el bienestar y la salud» que figura anteriormente en esta tabla.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para recibir los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) Transporte* Hasta 24 traslados de ida (además del beneficio complementario estándar) a ubicaciones no relacionadas con la salud, aprobadas por el plan. Dichas ubicaciones incluyen, entre otras, iglesias, tiendas de comestibles, centros para adultos mayores, clubes sociales, grupos de apoyo, establecimientos de fitness físico y eventos patrocinados por el plan. Los miembros elegibles deben tener una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que pongan en peligro la vida o limiten sustancialmente la salud o función general del inscrito; tienen un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y requieren coordinación de cuidados intensivos. El transporte para los servicios cubiertos se realiza en furgoneta, sedán, taxi, transporte compartido o transporte médico. Puede organizarse llamando al 1-866-381-4860</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para cualquier traslado de ida de más de 50 millas.</i></p> <p>\$0 de copago para los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI): transporte</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>(TTY: 711), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 6 p. m. Para los servicios de reserva</p> <p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) (continuación) de rutina, se requiere de una notificación de al menos cinco días hábiles. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para necesidades de transporte urgente.</p> <p>Si necesita confirmar a su proveedor de transporte o verificar un traslado «retrasado», llame al 1-866-381-4860 (TTY: 711).</p> <p>Asignación para comestibles*</p> <p>Los miembros elegibles tienen una asignación de \$75 para comestibles todos los meses para utilizarla en alimentos aprobados por el plan.</p> <p>Los miembros deben tener una afección crónica documentada para ser elegibles para recibir una asignación para comestibles. Los miembros con una afección crónica calificadora pueden recibir una asignación para comestibles a través de NationsBenefits® para usar en muchas opciones saludables utilizando una tarjeta Flex prepaga.</p> <p>Complete el cuestionario de afecciones de salud y declare padecer al menos una de las afecciones crónicas elegibles. Puede completar el cuestionario y consultar la lista de afecciones elegibles en línea en el portal para miembros de NationsBenefits en SentaraMedicare.NationsBenefits.com o llamando al Servicio al Cliente de NationsBenefits al 1-877-438-7521 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>No tiene que esperar a recibir su tarjeta Flex prepaga por correo postal para comenzar a usar la asignación. Puede solicitar artículos de comestibles no perecederos en el portal para miembros de NationsBenefits apenas se cargue el saldo. La entrega a domicilio a través de NationsBenefits no tiene ningún costo adicional.</p> <p>Puede utilizar la asignación en tiendas de venta minorista que operan como tiendas de comestibles, incluidas Food Lion, Harris Teeter, Kroger y Walmart.</p> <p>Una vez que haya cumplido con los requisitos para recibir la asignación para comestibles, recibirá una tarjeta Flex prepaga por correo postal y en un plazo de 14 días, y cargada con el monto de la asignación correspondiente.</p>	<p>\$0 de copago para los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI): asignación para comestibles</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Active la tarjeta visitando SentaraMedicare.NationsBenefits.com/Activate o llamando al 1-877-205-8005 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>	
<p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) (continuación) La asignación para comestibles se recargará el primer día del mes y caduca al final del mes. Los fondos no utilizados no se transfieren al mes siguiente. La asignación para comestibles no puede utilizarse para pagar artículos que no sean comestibles, como alcohol, tabaco o armas de fuego, y no se puede convertir a dinero en efectivo.</p>	
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) La terapia de ejercicio supervisado está cubierta para los miembros que tienen enfermedad sintomática de las arterias periféricas (PAD). Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento de ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación.• Llevarse a cabo en un hospital ambulatorio o en el consultorio de un médico.• Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD.• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar entrenado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>La SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas durante 36 sesiones adicionales durante un periodo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$15 de copago para las visitas de terapia de ejercicio supervisada cubiertas por Medicare</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Transporte* El transporte para los servicios cubiertos se realiza en camioneta, sedán, taxi, transporte compartido o transporte médico. Puede organizarse llamando al 1-866-381-4860 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 6 p. m. Para los servicios de reserva de rutina, se requiere un aviso de al menos tres días hábiles. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para necesidades de transporte urgente. Si necesita confirmar a su proveedor de transporte o verificar un traslado «retrasado», llame al 1-866-381-4860 (TTY: 711).</p>	<p><i>Se requiere autorización previa para cualquier traslado de ida de más de 50 millas.</i> \$0 de copago por hasta 36 traslados de ida a ubicaciones médicas aprobadas por el plan por año</p>
<p>Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, debido a su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan contrata. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Servicios de urgencia (continuación) Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con los proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran urgentes aunque esté fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible de manera temporal. Los servicios de urgencia también están disponibles como un beneficio complementario que brinda cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo.* El servicio mundial de atención y transporte de urgencia/emergencia se limita a \$50,000.</p>	<p>\$15 de copago para las visitas de servicios de urgencia cubiertas por Medicare Si lo ingresan al hospital dentro de las 24 horas para la misma afección, usted paga \$0 por la visita de servicios de urgencia. \$50 de copago para los servicios mundiales de atención y transporte de urgencia/emergencia</p>
<p>Visitas virtuales* Visitas virtuales: citas por teléfono o video seguro, a través de su computadora o teléfono inteligente, con un médico local certificado en medicina interna, medicina familiar, medicina de emergencia o pediatría Estos médicos pueden diagnosticar, tratar y emitir recetas para afecciones médicas de rutina. Las citas están disponibles las 24 horas del día /los 7 días a la semana/los 365 días al año.</p>	<p>\$0 de copago para todas las visitas virtuales</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Visitas virtuales de salud conductual: citas por teléfono o video seguro, a través de su computadora o teléfono inteligente, con un consejero o psiquiatra. Los psiquiatras pueden enviar recetas a su farmacia participante local. Las citas están disponibles las 24 horas del día /los 7 días a la semana/los 365 días al año.</p>	
<p> Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/contactos. • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma incluyen, entre otros: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los estadounidenses hispanos de 65 años o más. • Las evaluaciones de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez al año para las personas que tienen diabetes. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas 	<p>\$0 de copago para exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago para una prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo</p> <p>Copago de \$0 para un par de anteojos cubiertos por Medicare (lentes y marcos) o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas sujeto a los límites estándar de Medicare.</p>
<p> Atención oftalmológica (continuación) separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).</p> <p>Los beneficios oftalmológicos complementarios incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen ocular de rutina*: 1 cada 12 meses • accesorios para la visión* <ul style="list-style-type: none"> ○ Gafas (lentes y marcos). ○ Lentes de contacto. ○ Nuestro plan pagará hasta \$200 de límite combinado para anteojos y lentes de contacto cada 12 meses. 	<p>Para obtener beneficios oftalmológicos complementarios: \$0 de copago para 1 examen ocular de rutina cada 12 meses</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita preventiva de Bienvenido a Medicare El plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes y vacunas), y remisiones para otra atención si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses en que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguros, copagos o deducibles para las visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>
<p>Servicios de bienestar y planificación de la atención médica Los servicios de bienestar y planificación de la atención médica garantizan que se satisfagan sus deseos y necesidades particulares en materia de servicios sanitarios preventivos, así como de planificación anticipada de la atención. Esto sucede a través de la colaboración y comunicación con su proveedor de atención primaria (PCP).</p> <p>Al visitar a su PCP para la visita de bienestar anual o cualquier otra visita de atención primaria, debe discutir con su PCP qué áreas de salud son importantes para usted, como el control de su peso, hacer ejercicio de forma regular y segura, seguir una dieta sana, dejar de fumar, completar todas sus evaluaciones periódicas para detectar enfermedades y hablar sobre su salud mental. También debe discutir con su PCP sus metas para el envejecimiento, incluso cómo mejorar y mantener su salud mental y su memoria, y cómo reducir el riesgo de caídas.</p> <p>Su PCP también puede hablarle sobre la planificación anticipada de la atención. La planificación anticipada de la atención consiste en tomar decisiones sobre la atención médica que desearía recibir si no pudiera hablar por sí mismo. Estas son decisiones que usted debe tomar, independientemente de lo que elija para su atención, y las decisiones se basan en sus valores personales, preferencias y conversaciones con sus seres queridos.</p> <p>Servicios de bienestar y planificación de la atención médica (continuación) La planificación anticipada de la atención incluye lo siguiente:</p>	<p>\$0 de copago para las visitas al proveedor de atención primaria</p> <p>\$0 de copago para el examen físico anual</p> <p>\$0 de copago para la visita de bienestar anual</p> <p>\$0 de copago para varios servicios preventivos</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • obtener información sobre los tipos de tratamientos de soporte vital disponibles • decidir qué tipos de tratamiento le gustaría o no recibir si le diagnostican una enfermedad que limita la vida • compartir sus valores personales con sus seres queridos • completar las instrucciones anticipadas para dejar constancia por escrito qué tipo de tratamiento desea o no desea recibir, y a quién elige para que hable en su nombre, en caso de que no pueda hacerlo por sí mismo <p>Su PCP de Sentara Medicare puede ayudarlo a través del proceso de planificación anticipada de la atención. Los Servicios al Miembro de Sentara Medicare también pueden brindarle información adicional o conectarlo con alguien de los servicios de gestión de atención de Sentara Medicare, quien puede ayudarlo.</p>	

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

En la tabla a continuación se enumeran los servicios y artículos que no se cubren bajo ninguna circunstancia, o que están cubiertos solo bajo circunstancias específicas.

Deberá pagar los servicios excluidos (no cubiertos) que reciba, excepto en las condiciones específicas indicadas a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin contar con cobertura y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide sobre la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna afección	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Está disponible para personas con dolor lumbar

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna afección	Cubiertos solo en circunstancias específicas
		crónico en ciertas circunstancias.
Procedimientos cosméticos o cirugía plástica		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo que tenga una malformación. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía y también del seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de custodia</p> <p>El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como los cuidados para asistirle con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicaciones</p> <p>Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por Medicare Original como no aceptados generalmente por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte la sección 5 del capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna afección	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Honorarios que cobran sus parientes más cercanos o miembros de su hogar por brindarle atención	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Comidas entregadas al domicilio		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren al salir de un centro para pacientes hospitalizados, como un hospital para pacientes hospitalizados o un centro de enfermería especializada.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Atención dental que no es de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como atención ambulatoria o para pacientes hospitalizados.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Los zapatos que son parte de un soporte ortopédico para pierna y están incluidos en el costo del soporte. Se cubren zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna afección	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Habitación privada en un hospital		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de medicamentos anticonceptivos sin receta	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Atención de los pies de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Se proporciona cobertura limitada, conforme a las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras herramientas para tratar problemas de la disminución de la visión		<ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes oculares y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de la cirugía de cataratas.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las normas de Medicare Original	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	

CAPÍTULO 5:

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

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las reglas para utilizar su cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y los beneficios de medicamentos del centro de cuidados paliativos de la Parte B de Medicare.

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas reglas básicas:

- Debe buscar a un proveedor (un médico, un dentista u otra persona que emite la receta) para que le escriba una receta válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que emite la receta no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe adquirir su medicamento con receta en una farmacia de la red. (Consulte la sección 2 de este capítulo. O bien, puede surtir su receta a través del servicio de envío por correo del plan).
- El medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos)* del plan (la denominamos «Lista de medicamentos» para abreviar). (Consulte la sección 3 de este capítulo).
- El medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o esté respaldado por ciertas referencias. (Consulte la sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

SECCIÓN 2 Adquirir los medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan

Sección 2.1 Utilizar una farmacia de la red
--

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se adquieren en las farmacias de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos hace referencia a

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la «Lista de medicamentos» del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo puede buscar una farmacia de la red en su área?

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web (sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories), o llamar a Servicios al Miembro.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser menor que el costo compartido en una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le informará cuál de las farmacias de la red ofrece el costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo los costos de desembolso directo podrían variar para diferentes medicamentos.

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

Si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que pertenezca a la red. O si la farmacia que utiliza permanece dentro de la red pero ya no ofrece el costo compartido preferido, puede cambiar a una red diferente o a una farmacia preferida, si está disponible. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Miembro o utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en sentarahealthplans.com/members/medicare.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar para adultos mayores) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Farmacias que prestan servicios del Programa de Servicios de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que entregan medicamentos restringidos por la FDA en determinadas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* (sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories) o llame a Servicios al Miembro.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de envío por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos suministrados a través del envío por correo son medicamentos que usted toma de manera frecuente, por una afección médica crónica o a largo plazo.

El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite pedir **al menos un suministro para 63 días del medicamento y no más de un suministro para 90 días.**

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo postal, llame a Express Scripts Pharmacy al 1-800-871-8754 para solicitar el envío por correo de ESI Pharmacy las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede imprimir el formulario de pedidos en nuestro sitio web en sentarahealthplans.com.

Por lo general, un envío por correo por parte de la farmacia le llegará en un máximo de 14 días. Comuníquese con Express Scripts Pharmacy si su pedido se retrasa al 1-800-871-8754 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Express Scripts Pharmacy lo ayudará a obtener sus medicamentos con receta.

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

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea la medicación de inmediato o en otro momento. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia le contacte para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Renovaciones de medicamentos con receta en envío por correo. Para obtener renovaciones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de renovación automática. Con este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido de manera automática, cuando nuestros registros indiquen que su medicamento está a punto de terminarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicación y puede cancelar las renovaciones programadas si tiene suficiente medicación o si la medicación ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de renovación automática pero aún desea que la farmacia de envío por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acabe su medicamento actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar voluntariamente la participación en nuestro programa que prepara automáticamente las renovaciones de envío por correo, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts Pharmacy al 1-800-871-8754 para el envío por correo de ESI Pharmacy (TTY: 711). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

EXPRESS SCRIPTS PHARMACY
PO BOX 66577
ST LOUIS, MO 63166-6577
Teléfono: 1-800-871-8754 (TTY: 711)
<https://www.express-scripts.com/rx>

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, el costo compartido puede ser más bajo. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos medicamentos que usted toma de manera periódica, para una afección médica crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* (sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories) le informa cuáles son las farmacias en nuestra red que le pueden ofrecer un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?

Los medicamentos con receta pueden estar cubiertos en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede adquirir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte a Servicios al Miembro** para averiguar si hay una farmacia de la red cercana. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Si tiene una emergencia médica

Cubriremos los medicamentos con receta que se adquieran en una farmacia fuera de la red si los medicamentos con receta están relacionados con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia. En esta situación, tendrá que pagar el costo completo (en lugar de pagar solo su coseguro o copago) cuando surta su receta. Para solicitarnos que le devolvamos nuestra parte del costo puede enviar un reclamo por escrito. Para saber cómo presentar un reclamo en papel, consulte el proceso de reclamos en papel descrito más adelante en este folleto. (La sección 2 del capítulo 7 explica cómo solicitarle al plan que le haga un reembolso).

Cuando viaje o se encuentre fuera del área de servicio del plan

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Si usted toma medicamentos de venta bajo receta de forma regular y se va de viaje, asegúrese de comprobar el suministro de sus medicamentos antes de salir. Cuando sea posible, lleve todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda solicitar sus medicamentos de venta bajo receta con anticipación a través de nuestro servicio de pedidos por correo de las farmacias de la red o a través de una farmacia de la red minorista que ofrece un suministro extendido.

Nuestra red de farmacias incluye grandes empresas minoristas que tienen tiendas en varias ciudades de los EE. UU. Si tiene problemas para encontrar una farmacia en nuestra red, antes de surtir su receta en una farmacia fuera de la red, llame a Servicios al Miembro de Sentara Medicare al número que se encuentra en el reverso de este folleto. Este número de teléfono también se encuentra en el reverso de su tarjeta de id. de miembro. Nuestros representantes pueden encontrar una farmacia de la red en el área donde usted esté de viaje. Si tiene acceso a Internet, también puede acceder a nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* para buscar una farmacia de la red en su área.

Si viaja dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma o se queda sin medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se adquirieran en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura identificadas en este documento y una farmacia de la red no está disponible. Usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su coseguro o copago) cuando surta su receta. Para solicitarnos que le devolvamos nuestra parte del costo, puede enviar un reclamo. Para saber cómo presentar un reclamo en papel, consulte el proceso de reclamos en papel descrito más adelante en este folleto. (La sección 2 del capítulo 7 explica cómo solicitarle al plan que le haga un reembolso).

No pagamos medicamentos con receta que sean adquiridos en farmacias fuera de los Estados Unidos, incluso en caso de una emergencia médica.

Otras ocasiones en las que puede obtener su receta cubierta si va a una farmacia fuera de la red

Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se aplica al menos una de las siguientes condiciones:

- Si usted no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red que proporcionan servicio las 24 horas dentro de una distancia de manejo razonable.
- Si usted intenta obtener un medicamento con receta cubierto que no se almacena regularmente en una farmacia minorista o de envíos por correo dentro de la red (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).

¿Cómo puede solicitar un reembolso al plan?

Si debe acudir a una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el coste total (en lugar de su cuota normal) en el momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La sección 2 del capítulo 7 explica cómo solicitarle al plan que le haga un reembolso).

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

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

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con la aprobación de Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos que cubre la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos siempre que usted cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el medicamento se utiliza para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada se refiere al uso del medicamento que debe estar *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos para el diagnóstico o la afección para la que se recetó.
- Apoyado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y la información del sistema Micromedex DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos 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 tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares tienen el mismo efecto que el medicamento de marca o el producto biológico original, y usualmente cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

¿Qué es lo que *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el capítulo 9).

Sección 3.2 Existen 6 niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos del plan está en uno de 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

- El nivel 1 de costo compartido incluye los medicamentos genéricos preferidos de la Parte D. Los medicamentos de este nivel tienen el costo compartido más bajo para los miembros.
- El nivel 2 de costo compartido incluye los medicamentos genéricos de la Parte D. Los medicamentos de este nivel tienen el segundo costo compartido más bajo para los miembros.
- El nivel 3 de costo compartido incluye los medicamentos de marca preferida de la Parte D.
- El nivel 4 de costo compartido incluye los medicamentos de marca no preferida y los genéricos no preferidos de la Parte D. Los medicamentos de este nivel tienen el costo compartido más alto para los miembros.
- El nivel 5 de costo compartido incluye los medicamentos especializados de marca y genéricos de la Parte D. Los medicamentos de este nivel tienen el costo compartido más alto para los miembros.
- El nivel 6 de costo compartido incluye una selección de medicaciones genéricas utilizadas para tratar afecciones médicas crónicas específicas. Este nivel está diseñado para promover el acceso a tratamientos esenciales para afecciones como diabetes, hipertensión y colesterol alto.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

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

Usted tiene cuatro (4) formas para averiguarlo:

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (sentarahealthplans.com/members/medicare). La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actual.
3. Llame a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la «herramienta de beneficios en tiempo real» del plan (sentarahealthplans.com/members/medicare o llame a Servicios al Miembro). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de las maneras más eficaces. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona con la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarles a usted y a su proveedor a que usen esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la dosis, el monto o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos para las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con dos por día; en comprimidos o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

En las siguientes secciones, se brindará más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Comuníquese con Servicios al Miembro para saber qué debería hacer usted o su proveedor a fin de obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Nosotros podemos aceptar, o no, que se anule la restricción en su caso. (Consulte el capítulo 9).

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Obtener aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se lo llama **autorización previa**. Se implementa para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito tiene como objetivo alentarle a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente efectivos, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que presenta su receta en la farmacia. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar un solo comprimido por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de un comprimido por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?

Sección 5.1 Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto en la forma que usted desearía

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que toma, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, que no está en nuestro Formulario de medicamentos o que está en nuestro Formulario de medicamentos pero tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que el costo compartido sea mayor de lo que usted considera que debería ser.
- Hay medidas que usted puede tomar si su medicamento no se cubre en la forma que usted desearía. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para conocer lo que puede hacer.**

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que el costo sea mayor de lo que usted considera que debería ser, consulte la sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido de algún modo?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, usted tiene opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar este medicamento por otro.
- Usted puede solicitar una excepción y pedir al plan que le cubra el medicamento o que le elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe brindar un suministro temporal de un medicamento que usted toma. Este suministro temporal le brinda tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para recibir un suministro temporal, el medicamento que usted toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** **O debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está escrita por menos días, permitiremos que se resurta múltiples veces para proporcionar hasta un máximo de un suministro de medicamentos de 30 días. Las recetas se deben surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en montos cada vez más pequeños para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta se realizó para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.

- **Para aquellos miembros que experimentan un cambio en el nivel de atención:**

Si usted es un miembro actual y experimenta un cambio en su nivel de atención que requiere que pase de un centro a otro, podemos surtir temporalmente y por única vez la

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

receta que tiene ahora. Puede obtener una excepción temporal de renovación única independientemente de si se encuentra o no en los primeros 90 días de inscripción al programa. Para obtener más detalles, pídale a su médico o farmacéutico que se comunique con Servicios al Miembro de Sentara Medicare al 1-800-927-6048 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las llamadas a este número son gratuitas.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios al Miembro.

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

1) Puede cambiar por otro medicamento.

Hable con el proveedor sobre la posibilidad de consumir un medicamento diferente cubierto por el plan que pudiera funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción.

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

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 6.4 del capítulo 9 se informa qué debe hacer. Allí se explican los procedimientos y las fechas límite que se establecieron por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione con prontitud y de manera justa.

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

A continuación se detalla qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto:

Puede cambiar por otro medicamento.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que exista un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que pudiera funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios al

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Miembro para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento así paga menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 6.4 del capítulo 9 se informa qué debe hacer. Allí se explican los procedimientos y las fechas límite que se establecieron por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione con prontitud y de manera justa.

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al inicio 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 realizar lo siguiente:

- **agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido superior o inferior**
- **agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**

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

Consulte el capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos discutidos en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que toma?

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos con regularidad nuestra Lista de

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

medicamentos en línea. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

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

- **agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos, y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos**
 - Al añadir una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, trasladar el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y tendrá las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si añadimos una nueva versión genérica de una marca comercial o añadimos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios de inmediato y comunicárselo más tarde, incluso si usted toma el medicamento que eliminamos o modificamos. Si toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **eliminar los medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - En ocasiones, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos después de que hagamos el cambio.
- **otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Es posible que, una vez comenzado el año, introduzcamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, nos basamos en advertencias en cajas de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional para 30 días del medicamento que toma.

Si hacemos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con la persona que emite la receta sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o la solicitud de una decisión de cobertura para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que toma. Usted o la

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

persona que emite la receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción, consulte el capítulo 9.

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

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

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

- Cambiamos el medicamento a un nivel de costo compartido superior.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios sucede para un medicamento que toma (excepto el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio anotado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá verificar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que toma que lo afectarán durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos con receta están excluidos. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si consume medicamentos que están excluidos, debe pagar el costo total usted mismo (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si realiza una apelación y se descubre que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el capítulo 9).

Aquí hay tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado* de un medicamento cuando este no está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información de Micromedex DRUGDEX. El uso *no indicado* en la etiqueta es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento como aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.

Además, según lo exige la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, por la cual es posible que se le cobre una prima adicional. A continuación se brinda más información).

- medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad
- medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o de los síntomas de resfriado
- medicamentos que se utilizan con objetivos cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello
- vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con fluoruro
- medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere que las pruebas asociadas y los servicios de control se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta (cobertura de medicamentos mejorada) que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. La siguiente tabla muestra los medicamentos que cubre nuestro plan conforme a la cobertura de medicamentos mejorada. La tabla también muestra las limitaciones para cada medicamento y lo que usted paga cuando se obtiene un suministro de medicamento (de 30 días).

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Nombre del medicamento	Límite: (QL= límite de cantidad)	Nivel (Dentro de la red, suministro para 30 días)
Cápsulas de benzonatato (100 mg, 200 mg)	LC (90 por 30 días)	1
Cianocobalamina (vitamina b-12) 1,000 mcg/mL	Sin LC	2
Comprimidos de ácido fólico (1 mg)	LC (30 por 30 días)	1
Guaifenesina con jarabe de codeína (100/10 mg)	LC (120 ml por 30 días)	1
Sildenafil (25 mg, 50 mg, 100 mg)	LC (6 por 30 días)	2
Cápsulas de vitamina D2 (50,000 UI)	Sin LC	1

El monto que usted paga por estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la etapa de cobertura catastrófica. (La etapa de cobertura catastrófica se describe en la sección 6 del capítulo 6 de este documento).

Además, si **recibe «Ayuda Adicional» de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa «Ayuda Adicional» no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios al miembro para obtener más información. Los números de teléfono de Servicios al miembro están en la contraportada de este folleto). Sin embargo, si tiene cobertura a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos de venta bajo receta que generalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede buscar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta**Sección 8.1 Brindar la información de membresía**

Para obtener su medicamento con receta, muestre su información de membresía del plan, que se encuentra en la tarjeta de membresía del plan, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo del medicamento. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando adquiera su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de membresía?

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

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo recoja.** (Luego, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

Si se lo ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar para adultos mayores) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del establecimiento o la que utiliza, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* (sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories) para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red, o si necesita obtener más información o asistencia, póngase en contacto con Servicios al Miembro. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir, de manera habitual, sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

Consulte la sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si usted también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta con nuestro plan.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

En general, si tiene una cobertura grupal de empleado o de jubilados, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nosotros será *secundaria* respecto a la cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan de grupo es acreditable, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable porque puede necesitarlo después. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o para jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos antieméticos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del proveedor o de la persona que emite la receta o del centro de cuidados paliativos, que indique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían contar con la cobertura de nuestro plan, pídale al proveedor o a la persona que emite la receta del centro de cuidados paliativos que brinde información antes de hacer el pedido del medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de centro de cuidados paliativos o de que le den el alta del centro, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos según lo descrito en este documento. Para evitar retrasos en la farmacia cuando finaliza el beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, usted debe llevar la documentación a la farmacia para verificar la revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de las medicaciones

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros con el fin de garantizar que reciban atención segura y adecuada.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Realizamos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas tales como:

- posibles errores con la medicación
- medicamentos que podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- medicamentos que podrían no ser seguros ni adecuados por su edad o sexo
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser perjudiciales si las toma al mismo tiempo
- recetas para obtener medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar la medicación opioide de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otras medicaciones que se abusan con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicaciones opioides que obtiene de varias farmacias o personas que emiten la receta, o si sufrió una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicaciones opioides sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con las personas que emiten la receta, si decidimos que su uso de medicaciones opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esas medicaciones. Si le inscribimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- exigir que obtenga todas sus recetas de las medicaciones opioides o benzodiazepinas de cierta(s) farmacia(s)
- exigir que obtenga todas sus recetas de las medicaciones opioides o benzodiazepinas de cierta(s) persona(s) que emiten la receta
- limitar el monto de las medicaciones opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que puede obtener estas medicaciones o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por anticipado. En la carta se le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona que emite la receta o farmacias específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas que emiten la receta o farmacias prefiere utilizar, así como otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estas medicaciones, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona que emite la receta tienen derecho a apelar. Si realiza una apelación, revisaremos su caso y le brindaremos una nueva decisión. Si seguimos con la negación de cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a las medicaciones, enviaremos su caso de manera automática a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo inscribirá en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como un dolor relacionado con el cáncer o la enfermedad de célula falciforme, si está recibiendo servicios del centro de cuidados paliativos, cuidados paliativos o atención en la etapa terminal, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a manejar la medicación

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos crearon el programa para que podamos garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicaciones que exceden un monto específico de costos de medicamentos, o se encuentran en un DMP para que los miembros utilicen los opioides de manera segura, pueden obtener los servicios a través de un programa de MTM. Si cumple con los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le ofrecerán una revisión integral de todas las medicaciones. Durante la revisión, puede conversar sobre las medicaciones, los costos, y sobre cualquier problema o duda que tenga acerca de sus medicamentos con receta y las medicaciones de venta libre. Obtendrá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluya los pasos a seguir para obtener los mejores resultados de las medicaciones. También recibirá una lista de medicaciones que incluirá todas las medicaciones que toma, la cantidad que toma y por qué las toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicaciones con receta que son sustancias controladas.

Se recomienda hablar con su médico sobre la lista de tareas y la lista de medicaciones recomendadas. Traiga el resumen cuando asista a su visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve con usted su lista de medicaciones actualizada (por ejemplo, con su id.) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adecue a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si decide no participar, avísenos y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro.

CAPÍTULO 6:

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

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

¿Recibe ayuda para pagar los medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* no se aplique a usted.** Le enviamos un documento aparte, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben «Ayuda Adicional» para pagar medicamentos con receta* (también conocida como Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS) que le explica la cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Miembro y solicite la Cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos «medicamento» para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explicó en el capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos tienen la cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare, y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por disposición legal. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si usted ha comprado la cobertura de medicamentos complementaria.

Para comprender la información sobre los pagos, debe conocer qué medicamentos se cubren, dónde presentar las recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En las secciones 1 a 4 del capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utilice la «Herramienta de beneficios en tiempo real» del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el capítulo 5, sección 3.3), el coste que se muestra se proporciona en «tiempo real», lo que significa que el coste que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de desembolso directo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la «Herramienta de beneficios en tiempo real» llamando a Servicios al Miembro.

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de costos de desembolso directo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se llama **costo compartido** y existen tres maneras en que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte del costo.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

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

Sección 1.3 De qué manera Medicare calcula los costos de desembolso directo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de desembolso directo.

Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de los costos de desembolso directo.

Estos pagos están incluidos en los costos de desembolso directo.

Los costos de desembolso directo incluyen los pagos que figuran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - etapa del deducible
 - etapa de cobertura inicial
- todos los pagos que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente, antes de inscribirse en nuestro plan

Es importante quién paga:

- Si realiza **usted mismo** estos pagos, se incluyen en los costos de desembolso directo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos de desembolso directo si son realizados en su nombre por **ciertas otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los Programas de Asistencia para Medicamentos para el Sida, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE o el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos del programa «Ayuda Adicional» de Medicare.

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan pagado un total de \$2,000 de los costos de desembolso directo dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los costos de desembolso directo.

Los costos de desembolso directo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

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

- medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan
- los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B
- los pagos que realiza para los medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional pero que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare
- los pagos que realiza para los medicamentos con receta que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare
- los pagos de los medicamentos realizados por la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- los pagos de los medicamentos realizados por otra persona con una obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, indemnización de trabajadores)
- los pagos realizados por fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos para Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se mencionaron anteriormente, paga parte o todos los costos de desembolso directo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios al Miembro.

¿Cómo puede llevar un registro del total de los gastos de desembolso directo?

- **Le ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de los costos de desembolso directo. Cuando alcanza el monto de \$2,000, este informe le indicará que usted ha dejado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre al recibir el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Sentara Medicare Engage?
--

Existen tres **etapas de pago de medicamentos** para la cobertura de medicamentos con receta de Sentara Medicare Engage. Lo que usted paga depende de en qué etapa se encuentre en el

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

momento de adquirir o renovar un medicamento con receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: etapa de deducible anual

Etapas 2: etapa de cobertura inicial

Etapas 3: etapa de cobertura catastrófica

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)</i>

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realizó cuando adquirió o renovó sus medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuando se ha movido de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los cuales realizamos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina **costo de desembolso directo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizados por familiares o amigos, y los pagos realizados por sus medicamentos mediante «Ayuda Adicional» de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos contra el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Realizamos un registro de los **costos totales de medicamentos**. Es el total de todos los pagos efectuados por 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 por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si recibió uno o más medicamentos con receta a través del plan el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe proporciona los detalle de pago sobre las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** A esto se le llama información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre los aumentos en el precio desde la primera obtención para cada reclamo de medicamento con receta de la misma cantidad.

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

- **Medicamentos con receta alternativos disponibles de menor costo.** Esto incluirá la información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de receta, si corresponde.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de medicamentos

Para realizar un seguimiento de sus costos de medicamentos y de los pagos que usted realiza por medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos permite asegurarnos de que estamos informados sobre los medicamentos con receta que adquiere y lo que usted paga.

Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. Hay ocasiones en que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos de desembolso directo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso directo, bríndenos copias de los recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe brindarnos copias de los recibos de medicamentos:**

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forme parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando hizo un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia al paciente de parte del fabricante de medicamentos.
- Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que paga el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la sección 2 del capítulo 7.

Envíenos información sobre los pagos que otras personas hagan por usted. Los pagos que efectúen ciertas personas y organizaciones también cuentan para los costos de desembolso directo. Por ejemplo, los pagos que realice un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos para el Sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los costos de desembolso directo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de los costos.

Consulte el informe escrito que le enviamos. Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, léala detenidamente para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo falta o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios al Miembro. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo completo de los medicamentos de nivel 4

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

(medicamentos no preferidos) y de nivel 5 (medicamentos especializados)

La etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas la culebrilla, el tétanos y las vacunas para viajes. Pagará un deducible anual de \$150.00 por los medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos) y de nivel 5 (medicamentos especializados). **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos) y de nivel 5 (medicamentos especializados)** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. Por lo general, el **costo total** es más bajo que el precio completo normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$150.00 por sus medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos) y de nivel 5 (medicamentos especializados), abandona la etapa de deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de los costos de medicamentos que le corresponde y usted paga la parte que le corresponde a usted

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde obtenga el medicamento con receta

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto de copago o coseguro). La parte que le corresponde a usted del costo variará según el medicamento y el lugar donde obtiene el medicamento con receta.

El plan tiene 6 niveles de costo compartido

Cada medicamento en la Lista de medicamentos del plan está en uno de 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número de nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

- El nivel 1 de costo compartido incluye los medicamentos genéricos preferidos de la Parte D. Los medicamentos de este nivel tienen el costo compartido más bajo para los miembros.
- El nivel 2 de costo compartido incluye los medicamentos genéricos de la Parte D. Los medicamentos de este nivel tienen el segundo costo compartido más bajo para los miembros.
- El nivel 3 de costo compartido incluye los medicamentos de marca preferida de la Parte D.

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

- El nivel 4 de costo compartido incluye los medicamentos de marca no preferida y los genéricos no preferidos de la Parte D. Los medicamentos de este nivel tienen el costo compartido más alto para los miembros.
- El nivel 5 de costo compartido incluye los medicamentos especializados de marca y genéricos de la Parte D. Los medicamentos de este nivel tienen el costo compartido más alto para los miembros.
- El nivel 6 de costo compartido incluye una selección de medicaciones genéricas utilizadas para tratar afecciones médicas crónicas específicas. Este nivel está diseñado para promover el acceso a tratamientos esenciales para afecciones como diabetes, hipertensión y colesterol alto.
- Usted paga \$0 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté.

Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido preferido.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Solamente en situaciones limitadas, cubrimos medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red.
- Farmacia del plan con servicio de envío por correo.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte el capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan (sentarahealthplans.com/members/medicare/provider-and-pharmacy-directories).

Sección 5.2 Tabla que muestra los costos de un suministro de un medicamento para <i>un mes</i>
--

Durante la etapa de cobertura inicial, la parte que le corresponde a usted del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

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

En ocasiones, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro de 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 de hasta 30 días)
Costo compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$5 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$20 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	\$20 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferida)	\$47 de copago	\$42 de copago	\$42 de copago	\$47 de copago
Costo compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$100 de copago (después del deducible)	\$95 de copago (después del deducible)	\$95 de copago (después del deducible)	\$100 de copago (después del deducible)
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	31 % de coseguro (después del deducible)	31 % de coseguro (después del deducible)	31 % de coseguro (después del deducible)	31 % de coseguro (después del deducible)
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos selectos)	\$0 de copago	Copago de \$0	Copago de \$0	\$0 de copago

Consulte la sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un suministro para un mes, tal vez no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre un suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que a usted o a su médico le gustaría que obtenga un suministro de menos de un mes de medicamento (por ejemplo, cuando prueba una medicación por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro de menos de un mes completo de sus medicamentos si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de renovación de los diferentes medicamentos con receta.

Si recibe un suministro de menos de un mes de ciertos medicamentos, no deberá pagar el suministro de todo el mes.

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

Sección 5.4 Tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo (100 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también conocido como suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

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

- En ocasiones, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para hasta 90 días; un suministro para hasta 100 días solo para los niveles 1 y 6)	Costo compartido preferido en farmacias minoristas (dentro de la red) (un suministro para hasta 90 días; un suministro para hasta 100 días solo para los niveles 1 y 6)	Costo compartido de envíos por correo (al menos un suministro para 63 días y un suministro para hasta 90 días; un suministro para hasta 100 días solo para el nivel 1 y el nivel 6)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$12.50 de copago	\$0 de copago	Copago de \$0
Costo compartido Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$50 de copago	\$25 de copago	\$0 de copago
Costo compartido Nivel 3 (Marca preferida)	\$117.50 de copago	\$105 de copago	\$84 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	\$300 de copago (después del deducible)	\$285 de copago (después del deducible)	\$285 de copago (después del deducible)
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	No hay un suministro a largo plazo disponible en este nivel.	No hay un suministro a largo plazo disponible en este nivel.	No hay un suministro a largo plazo disponible en este nivel.
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos selectos)	\$0 de copago	Copago de \$0	\$0 de copago

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

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos de desembolso directo del año alcancen \$2,000

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de desembolso directo alcancen los \$2,000. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional en algunos medicamentos con receta que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Los pagos de estos medicamentos no contarán para el límite de cobertura inicial ni para los costos totales de desembolso directo.

La EOB de la Parte D que recibirá lo ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado el plan, usted y los terceros en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso directo de \$2,000 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza este monto, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura catastrófica. Consulte la sección 1.3 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula los costos de desembolso directo.

SECCIÓN 6 Si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando los costos de desembolso directo alcanzaron el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba

Mensaje importante sobre lo que paga 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 incluidas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo, incluso si ha pagado el deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para obtener cobertura y detalles del costo compartido sobre vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna propiamente dicho**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **aplicación de la vacuna**. (En ocasiones, esto se denomina administración de la vacuna).

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

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

1. si una organización llamada Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. dónde obtiene la vacuna

- Una farmacia o el consultorio del médico le pueden brindar la vacuna.

3. quién le aplica la vacuna

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden aplicarle la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede aplicársela en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que esté.

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna y el costo para que el proveedor aplique la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, al recibir la vacuna, solo pagará la parte que le corresponde a usted conforme al beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de maneras de recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia el copago de la vacuna propiamente dicha, que incluye el costo de la aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará los costos restantes.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y el costo para que el proveedor se la aplique.
- Luego, puede solicitar que el plan pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la aplicación), y menos cualquier diferencia entre el

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

monto que cobra el médico y lo que pagamos por lo general. (Si recibe «Ayuda Adicional», le reembolsaremos la diferencia).

Situación 3: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio médico donde se la aplican.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia el copago por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, tal vez deba pagar el costo completo de este servicio.
- Luego, puede solicitar que el plan pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la aplicación de la vacuna.

El reembolso es por el monto permitido del plan y puede que no sea por el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

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

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte del nos corresponde por los servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, es posible que deba pagar el costo completo cuando recibe atención médica o un medicamento con receta. En otras ocasiones, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirnos que le devolvamos el dinero (devolver el dinero con frecuencia se denomina reembolsar). Usted tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando usted haya pagado más que la parte que le corresponde a usted del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para que reciba el reembolso. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por un monto mayor al de la parte que le corresponde a usted del costo compartido, tal como se indica en este documento. Intente resolver la factura con el proveedor primero. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted conserva el derecho a recibir tratamiento.

A continuación, se brindan ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que usted ha recibido:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan.

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de urgencia o de emergencia de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le pagaremos por nuestra parte de dicho costo.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente y solicitarle solo la parte que le corresponde a usted. Pero en ocasiones cometen errores y le solicitan que pague más de la parte que le corresponde a usted.

- Solo debe pagar el monto del costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominados facturación de saldos. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto del costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted cree es superior a lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos contactaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe solicitarnos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo incluso haber ocurrido el año pasado).

Si usted se inscribió en forma retroactiva y pagó de su bolsillo alguno de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación, como los recibos y las facturas, para que gestionemos del reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto suceda, tendrá que pagar el costo completo de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para informarse sobre 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 pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo total de una receta porque no tiene con usted su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos

farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción necesaria, es posible que usted mismo deba pagar el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado para el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que tenga que pagar el costo completo del medicamento con receta porque se dio cuenta de que, por algún motivo, el medicamento con receta no se cubre.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o puede tener un requisito o una restricción que usted no conocía o pensó que no se aplicaba a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo completo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado para el medicamento con receta.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos la solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero mediante una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos la factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Se recomienda hacer una copia de la factura y de los recibos para conservarlos en

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos

sus registros. **Debe presentarnos su reclamo dentro de los 180 días calendario** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíenos por correo la solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pago al siguiente domicilio:

Reclamos médicos:

Sentara Medicare Medical Claims
P.O. Box 5028
Troy, MI 48007-5028

Reclamos de salud conductual:

Sentara Medicare Behavioral Health Claims
P.O. Box 1440
Troy, MI 48099-1440

Reclamos de medicamentos con receta de la Parte D:

Express Scripts
Attn: Los medicamentos con receta de Medicare Parte D
PO Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

Reclamos de beneficios oftalmológicos:

Community Eye Care
Attn: Claims
4944 Parkway Plaza Blvd., Ste. 200
Charlotte, NC 28217
Fax: 704-413-7098

Reclamos de acupuntura o quiropráctica:

American Specialty Health Group, Inc. (ASHN)
Attn: Claims Administration
PO Box 5090021
San Diego, CA 92150-9001

Reclamos odontológicos:

Delta Dental - Claims Department
P.O. Box 9215
Farmington Hills, MI 48333-9215

Reclamos de servicios de audición:

NationsBenefits
ATTN: Claims
1700 N. University Drive
Plantation, FL 33322

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos que nos brinde información adicional. De lo contrario, consideraremos la solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o los medicamentos están cubiertos y usted cumplió con todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte del costo podría no ser el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta donde se expliquen los motivos por los que no enviaremos el pago y su derecho a apelar dicha decisión.

<p>Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación</p>
--

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados e importantes fechas límite. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos brindar información en una forma que funcione para usted y que coincida con sus sensibilidades culturales (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

El plan debe garantizar que todos los servicios, tanto médicos como no clínicos, se presten de una forma culturalmente competente y estén disponibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con origen étnico y cultural diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, la prestación de servicios de traductores, servicios de intérpretes, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan dispone de servicios de intérpretes gratuitos para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan, en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información en un formato adecuado para usted, llame a Servicios al Miembro.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva de la mujer.

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, acudir a un especialista en salud de la mujer o buscar un especialista de la red, llame a Servicios al Miembro al 1-800-927-6048 (TTY: 711) para presentar una queja. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le brinde y supervise los servicios cubiertos. No requerimos que obtenga remisiones para consultar con proveedores de la red.

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos desde la red de proveedores del plan *dentro de un plazo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

de los especialistas cuando necesita dicha atención. También tiene derecho a adquirir o renovar sus medicamentos con receta en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin retrasos prolongados.

Si piensa que no recibe atención médica o medicamentos de la Parte D en un lapso de tiempo razonable, en el capítulo 9 se le indica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con la información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le enviamos un aviso por escrito, denominado **Aviso de práctica de privacidad**, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni alteren sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si intentamos brindar su información médica a cualquier persona que no le brinde ni pague su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso o el de alguien a quien usted le haya dado el derecho legal de tomar decisiones por usted por escrito.*
- Existen ciertas excepciones que no nos obligan a obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros usos, lo hará conforme a las leyes y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de forma exclusiva.

Usted puede consultar la información en sus registros y saber de qué manera fue compartida con otros.

Usted tiene derecho a examinar sus registros médicos archivados por el plan, y a obtener una copia de los mismos. Estamos autorizados a cargarle una tarifa por reproducir copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

nos lo pide, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir los cambios que se deben realizar.

Usted tiene derecho a conocer cómo se compartió su información médica con otras personas para cualquier objetivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios al Miembro.

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Sentara Medicare Engage, usted tiene derecho a recibir diferentes tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro:

- **Información sobre nuestro plan.** Por ejemplo, esto incluye información sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.** En los capítulos 3 y 4 se brinda información sobre los servicios médicos. En los capítulos 5 y 6 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el capítulo 9 se brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué no se cubre o se restringe la cobertura de un servicio médico o medicamento de la Parte D. En el capítulo 9 también se brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamientos y a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamientos que se recomiendan para su afección, independientemente de

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicaciones y usar los medicamentos de manera segura.

- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene derecho a que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su cuidado. Se le debe informar con antelación si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tienes la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no irse. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que suceda con su cuerpo como resultado.

Usted tiene el derecho a dar instrucciones sobre qué debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por su cuenta

Puede comunicarse con el Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (VICAP) para obtener información sobre los planes anticipados de atención al 1-800-552-3402. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por ellas mismas debido a que sufren accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir qué desea que suceda si se llegara a encontrar en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito para **otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a los médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por su cuenta.

Los documentos legales que puede utilizar para dar las instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder notarial sobre la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de insumos de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas por parte de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe proporcionarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quien puede

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

tomar decisiones si usted no puede hacerlo. Puede proporcionarle copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que se internará en un hospital y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia consigo al hospital.**

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

Recuerde, es su elección si desea completar una instrucción de voluntad anticipada (incluyendo si desea firmar una, si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en función de si ha firmado, o no, una instrucción de voluntad anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o el hospital no respetó las instrucciones establecidas, puede presentar una queja ante el Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (VICAP).

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

En el capítulo 9 de este documento se le informa qué puede hacer si tiene problemas, inquietudes o quejas, y necesita solicitar la cobertura o presentar una apelación. Lo que sea que haga, solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que se lo está tratando de manera injusta o no se están respetando sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que se lo trató injustamente o que sus derechos no se respetaron debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro motivo?

Si considera que se lo trató injustamente o que sus derechos no se respetaron, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema:

- Puede **llamar a Servicios al Miembro.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles, consulte la sección 3 del capítulo 2.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.8 Cómo obtener información adicional sobre sus derechos

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

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

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que necesita hacer como miembro del plan se detalla a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que se cubre y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los capítulos 3 y 4 se brinda información detallada sobre los servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan información detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** En el capítulo 1 se informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a los otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a los médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y continuando con su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud 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 medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Si tiene alguna duda, no deje de preguntar y asegúrese de obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Usted debe pagar las primas del plan.
 - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para continuar como miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar la parte que le corresponde a usted del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
 - Si debe pagar una penalización por inscripción tardía, debe pagar la penalización para mantener la cobertura de medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer como miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para manejar problemas o inquietudes:

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

Medicare aprobó ambos procesos. Cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

La guía en la sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?
--

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no resultan familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo:

- Se utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice realizar una queja en lugar de presentar una queja, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de cobertura o la determinación en riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces muy importante, que usted sepa los términos legales correctos. Conocer los términos que debe utilizar lo ayudará a comunicarse de manera más precisa para obtener la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando le brindamos información detallada para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, debemos respetar su derecho a presentar la queja. Por lo tanto, siempre debe ponerse en contacto con el Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, es

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

posible que también desee la ayuda o guía de una persona que no esté relacionada con nosotros. A continuación se indican dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con el 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 consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debería usar para manejar el problema que está teniendo. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y los enlaces al sitio web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La guía que sigue le servirá de ayuda.

¿Su problema o inquietud se refiere a los beneficios o a la cobertura?

Esto incluye problemas con respecto a si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) tiene cobertura o no, la manera en que se cubre y los problemas relacionados con el pago de atención médica.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **sección 4, Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

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

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Preguntar por las decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, por lo general nos referimos a los artículos y servicios médicos, y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelación para cuestiones como si algo está cubierto o no, y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión favorable de cobertura a menos que el médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* aclara que el servicio recomendado nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si el médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien formula la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que no se cubra la atención médica o que Medicare ya no la cubra en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura antes o después de recibir un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, que se abordan más adelante, usted puede solicitar una apelación acelerada o **apelación de respuesta rápida** de una decisión de cobertura. Diferentes revisores manejan su apelación en lugar de aquellos que tomaron la decisión original.

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

Cuando usted apela una decisión por primera vez, a esto se lo llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que hayamos cumplido las reglas de manera adecuada. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de Apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien formula la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de Apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su Apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará de manera automática a una Apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una Apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación por atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su Apelación de Nivel 1.
- Consulte la **sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para obtener atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más a fondo en la sección 6 de este capítulo.

Si no estuvo satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, usted podría pasar por otros niveles de apelación adicionales. (La sección 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones).

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicite una decisión de cobertura o realice una apelación**

Estos son algunos recursos que tiene disponibles si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamar a Servicios al Miembro**.
- Usted **puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted**. Si su médico colabora en una apelación más allá del Nivel 2, se lo deberá designar como representante. Llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de *nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
 - Para obtener atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o puede presentar una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.

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

- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona que emite la receta puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se niega la Apelación de Nivel 1, su médico u otra persona que emite la receta puede solicitar una Apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de *nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) El formulario le da a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Deberán firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se anulará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho de solicitar que la organización de revisión independiente revise nuestra decisión de denegar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el Colegio de Abogados de su localidad u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. No obstante, **no tiene obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y fechas límite diferentes, proporcionamos los detalles de cada una en una sección independiente:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 6** de este capítulo: Medicamentos de venta bajo receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica únicamente a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de

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

enfermería especializada y servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria [CORF]).

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame a Servicios al Miembro. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el SHIP.

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

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

Esta sección es acerca de sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos de venta bajo receta de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y servicios médicos.

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

1. No recibe cierta atención médica que desea y considera que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, y desea pedir a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le dijeron que la cobertura para cierta atención médica que recibe y que habíamos aprobado anteriormente se reducirá o interrumpirá, y usted considera que reducir o interrumpir esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF), debe leer las

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

secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura está relacionada con su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión rápida de cobertura se denomina **determinación acelerada**.

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

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

- Usted *solo* puede *solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *únicamente* si utilizar las fechas límite estándares pudiera *causar un daño grave a su salud o afectar a su capacidad de desempeño*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente darle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos solicita una decisión rápida de cobertura por cuenta propia, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud exige que le otorguemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:
 - Se le informará que utilizaremos las fechas límite estándares.
 - Se le informará que, si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, la emitiremos automáticamente.
 - Se le informará que puede presentar una queja de respuesta rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2: pídale al plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud y que nosotros proporcionemos o autoricemos la cobertura para la atención médica que desea.

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

Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.

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

Para decisiones estándar de cobertura, utilizamos las fechas límite estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud por un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le responderemos **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja de respuesta rápida. Le brindaremos una respuesta sobre la queja en cuanto tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones rápidas de cobertura, utilizamos un plazo acelerado

Una decisión rápida de cobertura significa que si su solicitud es para un artículo o servicio médico, responderemos dentro de las 72 horas. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja de respuesta rápida. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 4: si no aprobamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si no aprobamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a

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

solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** por parte del plan.

Una apelación de respuesta rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación de respuesta rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación de respuesta rápida se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si piensa apelar una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesitan una apelación de respuesta rápida. Si su médico nos informa de que su salud exige una apelación de respuesta rápida, le daremos una apelación de respuesta rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación de respuesta rápida son los mismos que aquellos para obtener una decisión rápida de cobertura y que figuran en la sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: solicite al plan una apelación o una apelación de respuesta rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **Si solicita una apelación de respuesta rápida, preséntela por escrito o llámenos.** La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que enviamos para informarle de nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tuvo un buen motivo para no hacerlo, explique el motivo al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Motivos suficientes pueden ser, por ejemplo, una enfermedad grave que evitó que pudiera comunicarse con nosotros o si nosotros le proporcionamos información incorrecta o incompleta de la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información con respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.**

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

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, controlamos con atención toda la información. Evaluamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y nos comunicaremos con usted o con su médico.

Fechas límite para una apelación de respuesta rápida

- Para las apelaciones de respuesta rápida, debemos brindarle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le brindamos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del periodo extendido, si tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud de manera automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la evaluará. En la sección 5.4 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente 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.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le responderemos **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le informaremos de nuestra decisión antes si su afección de salud lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja de respuesta rápida. Cuando presente una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le brindamos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del periodo extendido), enviaremos su solicitud a una Apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la sección 5.4 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza parcial o totalmente la apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Nosotros le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la conoce como su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso**.
- Usted tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted tuvo una apelación de respuesta rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación de respuesta rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación de respuesta rápida, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de

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

revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito junto a los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión aprueba parcial o totalmente una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión respecto de las solicitudes estándar. En el caso de solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas desde la fecha de recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión aprueba parcial o totalmente una solicitud por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o suministrar el medicamento con receta de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a recibir la decisión por parte de la organización de revisión respecto de las **solicitudes estándar**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** desde la fecha de recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza parcial o totalmente la apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
 - Se explica la decisión.
 - Se le notifica su derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de atención médica alcanza cierto monto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el monto monetario que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Se indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco los niveles de apelación). Si quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante revisan una Apelación de Nivel 3. La sección 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica?

En el capítulo 7 se describe cuándo puede solicitar el reembolso o que se pague una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación en la que nos solicita el reembolso, nos pide una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos la solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde, por lo general, dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos la solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En tal caso, le enviaremos una carta donde se le informará que no pagaremos la atención médica y los motivos.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos por la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación de respuesta rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la

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

respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le informa 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

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección únicamente trata sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario de medicamentos*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las reglas, consúltenos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su medicamento con receta no puede adquirirse de acuerdo con la manera en que la receta está escrita, la farmacia le brindará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar que se tome una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le informa lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 6.2.**

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

- Solicita que anulemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en el monto del medicamento que puede obtener, la autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Pida una excepción. Sección 6.2.**
- Solicita que paguemos un monto de costo compartido inferior por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido superior. **Pida una excepción. Sección 6.2.**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Paga un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le reembolsemos. Sección 6.4.**

Si usted está en desacuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos algunas veces se denomina solicitar una **excepción al Formulario de medicamentos**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento algunas veces se denomina solicitar una **excepción al Formulario de medicamentos**.

Solicitar el pago de un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no se cubre en la forma en que usted quisiera que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos la solicitud de excepción, su médico u otra persona que emite la receta deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que emite la receta pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos de marca no preferida del Nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que rigen para ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción

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

en su caso, puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número de nivel de costo compartido, menos pagará como la parte que le corresponde a usted del costo del medicamento.

- Si en nuestra Lista de medicamentos hay medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos a un monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es genérico, puede solicitarnos que lo cubramos con la cantidad de costo compartido que se aplica, al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricos para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del nivel 5 (medicamento especializado).
- Si aprobamos la solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro prescriptor debe brindarnos las razones médicas por las que solicita que hagamos la excepción del medicamento requerido. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información de su médico o de la persona autorizada a dar recetas, cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo 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 del nivel o niveles de costo compartido inferiores no funcionen tan bien para usted o puedan causar 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 es así, siempre y cuando su médico le siga recetando

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

el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su afección.

- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Términos legales

Una decisión rápida de cobertura se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

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

Las decisiones estándar de cobertura se toman dentro de las **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman dentro de las **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
- Debe ser un caso en que utilizar las fechas límite estándares podría ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otra persona que emite la receta le informan que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, le brindaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos solicita una decisión rápida de cobertura por cuenta propia, sin el apoyo de su médico o de la persona que emite la receta, decidiremos si su estado de salud exige que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:
 - Se le informará que utilizaremos las fechas límite estándares.
 - Se le informará que, si su médico u otra persona que emite la receta solicitan una decisión rápida de cobertura, la emitiremos automáticamente.
 - Se le informará cómo puede presentar una queja de respuesta rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas posteriores al recibo.

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

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud y que nosotros proporcionemos o autoricemos la cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluso las solicitudes presentadas en el formulario *modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS* o en el formulario del plan, que está disponible en nuestro sitio web <https://shc-p-001.sitecorecontenthub.cloud/api/public/content/request-for-redetermination-form-sentara-medicare-english-pdf?v=f5a407d8>. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2. Para que podamos procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifique el reclamo rechazado que se apela.

Usted, su médico (u otra persona que emite la receta) o su representante pueden hacerlo. Además, un abogado puede actuar en su nombre. En la sección 4 de este capítulo se informa cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración acreditativa** que son los motivos médicos de la excepción. Su médico u otra persona que emite la receta pueden enviar la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otra persona que emite la receta pueden informarnos por teléfono, y como seguimiento enviar por fax o por correo una declaración firmada, si fuera necesario.

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

Fechas límite para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración acreditativa de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico en apoyo de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

Fechas límite para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración acreditativa de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionarle **dentro de las 72 horas** posteriores de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico en apoyo de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago exigido dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, puede apelar.

Si no aprobamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos legales

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

Una apelación de respuesta rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación de respuesta rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 7 días calendario.

Por lo general, una apelación de respuesta rápida se realiza en un plazo de 72 horas.

Si su estado de salud lo exige, solicite una apelación de respuesta rápida.

- Si piensa apelar una decisión que tomamos sobre un medicamento que usted aún no ha recibido, usted y su médico, u otra persona que emite la receta, deberán decidir si necesitan una apelación de respuesta rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación de respuesta rápida son los mismos que aquellos para obtener una decisión rápida de cobertura en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, médico u otra persona que emite la receta deben comunicarse con nosotros y presentar su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe solicitarnos una **apelación de respuesta rápida**.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **Para las apelaciones de respuesta rápida, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-800-927-6048 (TTY: 711).** La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluso las solicitudes presentadas en el *formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web <https://shc-p-001.sitecorecontenthub.cloud/api/public/content/request-for-redetermination-form-sentara-medicare-english-pdf?v=f5a407d8>. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información relacionada con su reclamo para que podamos procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que enviamos para informarle de nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tuvo un buen motivo para no hacerlo, explique el motivo al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Motivos suficientes pueden ser, por ejemplo, una enfermedad grave que evitó que pudiera comunicarse con nosotros o si nosotros le proporcionamos información incorrecta o incompleta de la fecha límite para solicitar una apelación.

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

- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.

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

- Cuando estamos revisando su apelación, analizamos con cuidado toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Tal vez nos comuniquemos con usted, con su médico o con la persona que emite la receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación de respuesta rápida

- Para las apelaciones de respuesta rápida, debemos brindarle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud exige que lo hagamos.
 - Si no le brindamos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la evaluará. En la sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos antes nuestra decisión si usted aún no ha recibido el medicamento y su afección de salud requiere que lo hagamos.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la evaluará. En la sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo exija su estado de salud, pero no después de los **7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

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

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta aprueba parcial o totalmente lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago exigido dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: si no aprobamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y realizar otra apelación.

- Si decide hacer otra apelación, significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otra persona que emite la receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si no aprobamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones lo guiarán para saber quién puede hacer esta Apelación de Nivel 2, cuáles son las fechas límite que debe seguir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro Programa de Manejo de Medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Nosotros le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la conoce como su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.

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

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

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

Fechas límite para una apelación de respuesta rápida

- Si su salud así lo exigiese, solicite una apelación de respuesta rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acuerda otorgarle una apelación de respuesta rápida, dicha organización deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le brindemos un reembolso por un medicamento que ya pagó, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

Para las apelaciones de respuesta rápida:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que la organización de revisión aprobó **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba todo o parte de la solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que la organización de revisión aprobó **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba todo o parte de la solicitud de reembolsarle** un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión no aprueba su apelación?

Si esta organización rechaza **parcial o totalmente** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de la solicitud). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Se explica la decisión.

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

- Se le notifica su derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto monto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Se le informará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación o no.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total, son cinco los niveles de apelación).
- Si quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de la Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante revisan una Apelación de Nivel 3. La sección 9 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado prolongada si piensa que se le da el alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en el hospital, usted tiene derecho a que se cubran todos sus servicios hospitalarios que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día de su alta. Organizarán la atención que pueda necesitar posterior al alta.

- El día que usted abandona el hospital se denomina su **fecha de alta**.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si piensa que se le pide que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria prolongada y su solicitud se tomará en consideración.

Sección 7.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente hospitalizado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos
--

En un plazo de dos días calendario desde su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso por parte de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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

- 1. Lea detenidamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende.** En el aviso, se le informa:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía hospitalaria, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión con respecto a su estadía hospitalaria.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que el hospital le da el alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que cubramos la atención hospitalaria durante más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted, o alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso.
 - Firmar el aviso muestra *solo* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted acepta la fecha del alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) cuando la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que se programe el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios al Miembro o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que prolonguemos la cobertura de sus servicios hospitalarios, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límites.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

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

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de su alta médica es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados por el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para personas cubiertas por Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata del alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado en el capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche de la fecha del alta.**
 - **Si cumple con esta fecha límite**, puede quedarse en el hospital *después* de la fecha de su alta *sin tener que pagar* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite**, y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su alta programada, *es posible que tenga que pagar* todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de su alta programada.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior a que nos comuniquemos, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se brinda su fecha de alta programada y se explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una copia del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios al Miembro o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo del aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (*revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare algo por escrito, pero puede hacerlo si desea.

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

- Los revisores también verán su información médica, hablarán con su médico y consultarán la información que el hospital y nosotros le hayamos proporcionado.
- Antes del mediodía del día posterior al cual los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito que proporcionará su fecha de alta programada. En este aviso se explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si se aprueba la apelación?

- Si la organización de revisión *la aprueba*, **debemos seguir brindándole servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde a usted de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, pueden existir limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si se rechaza la apelación?

- Si la organización de revisión *la rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finalizará al mediodía del día posterior** a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha dicho *no* a su apelación, y permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces puede hacer otra apelación. Presentar otra apelación significa pasar al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una Apelación de Nivel 2, debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que considere nuevamente la decisión de la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo completo de la estadía después de la fecha de alta programada.

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

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad indicó *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud para una Apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión aprueba su apelación:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza la apelación:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su Apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmar la decisión.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (en total, son cinco los niveles de apelación). Si quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de la Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante revisan una Apelación de Nivel 3. La sección 9 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos con la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF)

Cuando recibe **servicios médicos a domicilio cubiertos, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria)**, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios correspondientes a ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria la atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar nuestra parte de los gastos de su atención.*

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

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Términos legales

Aviso de finalización de la cobertura de Medicare. En este aviso se informa cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura en relación con cuándo finalizar su atención.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso, se le informa:
 - la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención
 - cómo solicitar una apelación de vía rápida para solicitar que mantengamos la cobertura de su atención durante más tiempo
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso significa *únicamente* que recibió la

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

información acerca de la finalización de la cobertura. Firmarlo **no** significa que usted está de acuerdo con la decisión del plan de finalizar la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá usar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límites.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de la atención es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica financiados por el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es tiempo de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presentar su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de finalización de la cobertura de Medicare*) le informa cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado en el capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** en el *Aviso de finalización de la cobertura de Medicare*.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales

Explicación detallada de la finalización de cobertura Es un aviso en el que se brindan detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare algo por escrito, pero puede hacerlo si desea.
- La organización de revisión también verá su información médica, hablará con su médico y consultará la información que el plan le haya proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, y usted recibirá una **explicación detallada de la finalización de cobertura** de nuestra parte que explicará en detalle los motivos por los cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el lapso de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán de su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores *aprueban* su apelación, entonces **debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde a usted de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Pueden existir limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores no aprueban su apelación?

- Si los revisores *no* aprueban su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, entonces **usted deberá pagar el costo completo** de esta atención médica.

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1, y usted elige seguir recibiendo atención después de que su cobertura de atención haya finalizado, pueden presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--

Durante una Apelación de Nivel 2, debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que considere nuevamente la decisión de la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo completo los servicios de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría.

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

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad indicó *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que nuestra cobertura finalizaría. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que está de acuerdo con la decisión tomada con respecto a su Apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un Juez de derecho administrativo u oficial examinador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación

- Después del Nivel 2, existen tres niveles de apelación adicionales, es decir, un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una Apelación de Nivel 3, puede encontrar la información detallada de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de la Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante revisan una Apelación de Nivel 3. La sección 9 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico por el que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo exigido, no podrá realizar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Los últimos tres niveles de apelaciones funcionan casi de la misma manera para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones. A continuación, se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante aprueba su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber concluido*.** A diferencia de una decisión en la Apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una Apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado litigante.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber concluido*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelación.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le informará qué hacer para presentar 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 forma parte del gobierno federal.

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

- **Si el Consejo aprueba su solicitud o si rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no haber concluido.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5 y cómo continuar con dicha Apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza ciertos montos monetarios, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. Si el monto en dólares es menor, no podrá realizar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Los últimos tres niveles de apelaciones funcionan casi de la misma manera para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones. A continuación, se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, se habrá terminado el proceso de apelaciones.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que haya sido aprobada por

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

el juez de derecho administrativo o el abogado litigante **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no después de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.

- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede *concluir o no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le informará qué hacer para presentar 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 forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, se habrá terminado el proceso de apelaciones.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que haya sido aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no después de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede *concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, se habrá terminado el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisión de la apelación, en el aviso se le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. En el aviso por escrito también se le indicará a quién debe contactar y qué hacer posteriormente si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar o rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

**Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, 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 abordan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está descontento con la calidad de la atención recibida (incluida la atención hospitalaria)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, Servicio al Cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios al Miembro? • ¿Cree que se lo incita a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dificultades para obtener una cita, o espera demasiado para obtenerla? • ¿Tuvo que esperar a sus médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de la salud durante mucho tiempo? ¿O a Servicios al Miembro u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o cuando se solicita un medicamento con receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está descontento con la higiene o el estado de una clínica, hospital o consultorio?
Información que recibe de nuestra parte	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a decisiones de cobertura y apelaciones).</p>	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o hizo una apelación y considera que no respondemos con la rapidez suficiente, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos pidió una decisión rápida de cobertura o una apelación de respuesta rápida y la rechazamos; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
<ul style="list-style-type: none"> • Una queja también se denomina queja. • Realizar una queja también se denomina presentar una queja. • Usar el proceso de quejas también se denomina usar el proceso para presentar una queja. • Una queja de respuesta rápida también se denomina queja acelerada.

Sección 10.3 Paso a paso: presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios al Miembro.** Si es necesario hacer algo más, Servicios al Miembro se lo informará.
- **Si no desea llamar (o usted llamó y no estuvo satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos por escrito.
- **Presentar una queja ante nuestro plan**

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

Si tiene una queja, usted o su representante deben llamar a Servicios al Miembro de Sentara Medicare al 1-800-927-6048 (TTY: 711) lo antes posible, pero al menos dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia. Trataremos de resolver su queja por teléfono. Un representante de Servicios al miembro puede solicitarle información adicional para que podamos investigar su problema. Si no podemos resolver su queja por vía telefónica, tenemos un proceso formal para revisar las quejas.

Debemos atender su queja tan pronto como su situación de salud lo requiera, pero no más tarde de 30 días calendarios, contados desde el día en el que se haya recibido su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si solicita una extensión, o si justificamos una necesidad de obtener más información y el retraso es en su mejor interés. Si no estamos de acuerdo en parte o la totalidad de sus quejas, nuestra carta le explicará los motivos y le comunicará respecto de otras opciones de resolución a su disposición.

• **Quejas informales**

Una queja informal puede ser apropiada si desea hacernos conscientes de un problema o una preocupación con la atención que recibió de uno de nuestros proveedores, pero no necesariamente desea que la información se comparta con su proveedor o no desea que se use su nombre. No nos pondremos en contacto con su proveedor y usted no necesita darnos su nombre. La información que nos proporcione en referencia a su queja, se utilizará solo con fines de capacitación y educación. Le enviaremos una respuesta por escrito, si así lo solicita.

• **Quejas formales por escrito**

Puede presentar una queja formal por escrito. Las quejas formales se investigan a fondo poniéndose en contacto con todas las partes involucradas, incluido el proveedor de su servicio, si procede. Obtendremos y revisaremos la información sobre su queja. Si usted o su representante tienen una queja, deben llamar a Servicios al miembro de Optima Medicare lo antes posible, al menos dentro de los 60 días posteriores al acontecimiento. Siga estos pasos para presentar una queja formal por escrito:

Servicios al Miembro puede informarle cómo presentar una queja y enviarle instrucciones y formularios por escrito para presentar una queja. Si por alguna razón no puede presentar una queja por escrito, Servicios al Miembro tomará su información y completará el formulario de quejas por usted. También puede obtener formularios e instrucciones de quejas en nuestro sitio web en sentarahealthplans.com/members/medicare.

Envíe o envíe por fax el formulario de quejas completo a:

Sentara Medicare
Appeals and Grievances
PO Box 62876
Virginia Beach, VA 23466
Fax: 1-800-289-4970

Le enviaremos una carta para informarle que su queja ha sido recibida y cuánto tiempo llevará investigar su problema. Los plazos para resolver quejas varían en función del tipo de queja. Si su queja es médicamente urgente, esta se abordará, a más tardar, un día hábil después de que recibamos toda la información necesaria, incluyendo cualquier dato adicional que solicitemos de usted o su proveedor. Le haremos saber cómo se resuelve su queja urgente a más tardar 72 horas desde el momento en que la

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

recibimos. Si su queja no es médicamente urgente, dentro de los 30 días desde la fecha en que recibimos su queja por escrito, le haremos saber cómo se ha resuelto su problema.

- **Quejas rápidas:**

Puede presentar una queja rápida si:

- Usted pidió una decisión de cobertura rápida para un servicio y decidimos procesarla bajo nuestro plazo estándar (no acelerado). Le brindaremos una decisión rápida, si la vuelve a enviar con una declaración de apoyo de su médico.
- Usted presentó una apelación rápida para un servicio y decidimos procesarla bajo nuestro plazo estándar (no acelerado). Le daremos una decisión rápida sobre su apelación si la vuelve a enviar junto a una declaración de apoyo por parte de su médico.

Presente una queja ante nuestro plan relacionada con sus Medicamentos de venta bajo receta de la Parte D.

- **Usualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios al miembro.** Si es necesario hacer algo más, Servicios al Miembro se lo informará. Puede **llamar a Servicios al Miembro de Sentara Medicare al número gratuito 1-800-927-6048 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- **Si no desea llamar (o usted llamó y no estuvo satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviarla a Express Scripts.** Si envía su queja por escrito, Express Scripts responderá por escrito. Puede enviar su queja por escrito por correo a:

Express Scripts
Attn: Grievance Solution Team
P.O. Box 3610
Dublin, OH 43016-0307

- Comuníquese con Express Scripts dentro de los 60 días posteriores al suceso. Si llama, un representante de Express Scripts intentará resolver su queja por teléfono. Es posible que le pidan información adicional para que pueda investigar su problema. Si Express Scripts no puede resolver su queja por teléfono, comenzará un proceso formal.
- Las quejas formales se investigan a fondo comunicándose con todas las partes involucradas, incluida la persona que emite la receta o la farmacia, si corresponde. Express Scripts obtendrá y revisará la información sobre su queja.
- Si presenta una queja porque su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación de respuesta rápida sobre un medicamento fue denegada, llame a Express Scripts. Responderán su queja dentro de las 24 horas.
- Express Scripts abordará su queja tan pronto como lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de recibir su queja. Express Scripts puede extender el plazo hasta 14 días si usted solicita la extensión o si justifican la necesidad de obtener más información y el retraso es para su beneficio. Si Express Scripts no está de acuerdo con una parte o la totalidad de sus quejas, en su carta se le explicará por qué y le informará sobre otras opciones de resolución que puedan estar a su disposición.

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

- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario posteriores al surgimiento del problema sobre el cual desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si usted nos llama con una queja, podremos darle una respuesta en la 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 demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo haremos saber por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación de respuesta rápida, automáticamente le concederemos una queja de respuesta rápida.** Si presenta una queja de respuesta rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que presenta una queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es por *la calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. La información de contacto se encuentra en el capítulo 2.

O

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Sentara Medicare Engage directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía en el
plan*

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Sentara Medicare Engage puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede retirarse de nuestro plan porque usted decidió que *desea* retirarse. En las secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo cancelar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que usted está obligado a cancelar su membresía. La sección 5 le informa sobre situaciones en las que debe finalizar su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, el plan debe continuar brindando la atención médica y los medicamentos con receta, y usted debe continuar pagando el costo compartido hasta que termine su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual
--

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **periodo de inscripción anual** (también conocido como **periodo de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise la cobertura de salud y de medicamentos, y tome una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **El periodo de inscripción anual se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Elija conservar su cobertura actual o modificar su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede seleccionar cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta
 - Medicare Original *junto con* un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare
 - *o bien*, Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos con receta

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

acreditable durante un periodo ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan** se cancelará cuando la cobertura de su nuevo plan comience, el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si opta por cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscribió en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibimos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Sentara Medicare Engage pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. A esto se lo llama **periodo de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos solo son ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

- Si es elegible para recibir «Ayuda Adicional» para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si infringimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar para adultos mayores o en un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Nota: Si está en un Programa de Manejo de Medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. En la sección 10 del capítulo 5 se informa más sobre los Programas de Manejo de Medicamentos.

Los periodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si usted es elegible para utilizar un periodo de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos con receta. Puede elegir:

- otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta
- Medicare Original *junto con* un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare
- *o bien*, Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare

Nota: Si cancela la inscripción en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un periodo ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si luego se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Por lo general, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Si recibe «Ayuda Adicional» de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta: si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía:

- **Llame a Servicios al Miembro.**

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

- Busque la información en el manual **Medicare y Usted 2025**.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que puede hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará la inscripción de Sentara Medicare Engage automáticamente cuando su nuevo plan de cobertura comience.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>junto con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Se cancelará la inscripción de Sentara Medicare Engage automáticamente cuando su nuevo plan de cobertura comience.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará la inscripción en Sentara Medicare Engage cuando comience la cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que termine su membresía y comience la nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo los servicios médicos, artículos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o el envío por correo para adquirir sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Sentara Medicare Engage debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Sentara Medicare Engage debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está afuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje prolongado, llame a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de servicio de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
 - Si ya no tiene diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardiovascular.
- Si se lo encarcela (va a prisión).
- Si usted ya no es un ciudadano estadounidense o no tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esta información afecta a los requisitos de elegibilidad. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos permiso previo de parte de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera que es disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan

abandone nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos permiso previo de parte de Medicare).

- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos permiso previo de parte de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y, no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos de venta bajo receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llama a Servicios al Miembro.

Sección 5.2 Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Sentara Medicare Engage no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una querrela o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la sección 10 del capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de cobertura* es el título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados conforme a la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o CMS). Además, pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, pueden aplicarse las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos a ninguna persona por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, incluso el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964; la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Discriminación por Edad de 1975; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y todas las demás leyes que se aplican para organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Miembro 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 para los cuales Medicare no es el primer pagador. De acuerdo con los reglamentos de los CMS en el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) en las secciones 422.108 y 423.462, Sentara Medicare Engage, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el secretario ejerce conforme a los reglamentos de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y su estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Periodo de inscripción anual: es un periodo que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar el plan de medicamentos o de atención médica, o cambiar a Medicare Original.

Apelación: una apelación es lo que usted puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o el pago de 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.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Sentara Medicare Engage, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen saldos** ni le carguen más del monto del costo compartido que el plan indica que debe pagar.

Periodo de beneficios: es la forma en que tanto nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y del establecimiento de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficio termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria como paciente hospitalizado (o de atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si lo ingresan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un periodo de beneficios, comenzará un periodo nuevo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios.

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 se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también «**producto biológico original**» y «**biosimilar**»).

Biosimilar: es un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta (consulte «**biosimilar intercambiable**»).

Medicamento de marca: medicamento con receta que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos se fabrican y venden por otros fabricantes de medicamentos y por lo general no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes autorizadas en su nombre) hayan gastado \$2,000 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra a Medicare.

Plan para necesidades especiales de atención crónica: los planes para necesidades especiales de atención crónica (C-SNP) son planes para necesidades especiales (SNP) que restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, según se define en el título 42 del CFR, artículo 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de las múltiples agrupaciones de afecciones comúnmente comórbidas y vinculadas clínicamente especificadas en el título 42 del CFR, artículo 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: es el monto que usted tiene que pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como la parte que le corresponde del costo por los servicios o medicamentos con receta después de que paga cualquier deducible.

Queja: el nombre formal para realizar una queja es **presentar una queja**. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente que recibe. También incluye quejas si el plan no cumple con plazos en el proceso de apelación.

Establecimiento integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): es un establecimiento que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios para patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno domiciliario.

Copago: es el monto que le corresponde pagar a usted del costo de los servicios o suministros médicos, como por ejemplo la visita médica, la atención hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. El copago por lo general es un monto fijo (por ejemplo, \$10) en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: hace referencia a los montos que el miembro debe pagar por los servicios o medicamentos recibidos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto de copago fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) todo monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento:

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan para solicitar

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos con receta acreditable: es la cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que paga la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare pueden, por lo general, mantener esa cobertura sin pagar una penalización si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia: el cuidado de custodia es el cuidado personal que se brinda en un hogar para adultos mayores, centro de cuidados paliativos u otro entorno de establecimiento cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia que brindan personas sin experiencia o capacitación profesional incluye la ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir la atención médica que la mayoría de la gente realiza por sí misma, como el uso de gotas para ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Tasa diaria de costo compartido: se puede aplicar una tasa diaria de costo compartido cuando su médico le receta menos de un suministro completo para un mes de determinados medicamentos y usted debe abonar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago, dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces la tasa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Deducible: es el monto que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o cancelación de inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Tarifa de reparto: es la tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de obtener un medicamento con receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento.

Equipo médico durable (DME): es un determinado equipo médico solicitado por el médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, insumos para diabetes, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso domiciliario.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona inexperta prudente y que tenga un conocimiento promedio de la salud y la medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y,

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad, o la pérdida o problema grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora con rapidez.

Atención de emergencia: son los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) se necesitan para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura e información de divulgación: es este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas adicionales o de cobertura opcional seleccionados que explican la cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: es un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no está en incluido en el Formulario de medicamentos (excepción al formulario de medicamentos) o recibir un medicamento no preferido en el nivel de costo compartido inferior (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (excepción al Formulario de medicamentos).

«Ayuda Adicional»: es el programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: medicamento con receta que la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) determina que tiene la misma droga activa que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento «genérico» funciona igual que un medicamento de marca y usualmente cuesta menos.

Queja: es un tipo de queja que usted realiza sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. No involucra conflictos sobre la cobertura o el pago.

Asistente de atención domiciliaria: es una persona que brinda servicios que no requieren la experiencia de un enfermero o terapeuta con licencia, tales como ayuda con el cuidado personal (p. ej. bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: es un beneficio mediante el cual se ofrece un tratamiento especial a un miembro con certificación médica como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si usted selecciona un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Puede continuar recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado: es la estadía en el hospital cuando se le ha internado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital de un día para otro, podría considerársele un paciente ambulatorio.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagan una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos de desembolso directo del año hayan alcanzado el monto umbral de desembolso directo de \$2,000.

Periodo de inscripción inicial: cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, es el periodo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

Biosimilar intercambiable: es un producto biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de reemplazo automático. El reemplazo automático en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario de medicamentos o Lista de medicamentos): es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte «Ayuda Adicional».

Programa de Descuentos para Fabricantes: es un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Monto máximo de desembolso directo: es el monto máximo que usted paga de desembolso directo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y por los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo de desembolso directo. Consulte la sección 1.2 del capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo de desembolso directo.

Medicaid (o asistencia médica): es un programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si cumple con los requisitos para recibir los beneficios de Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información de Micromedex DRUGDEX.

Medicamento necesario: son los servicios, suministros y medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Medicare: es el programa federal de seguros de salud 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 requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: es el periodo entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si opta por cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un periodo de 3 meses luego de que una persona se considere elegible para obtener Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) una cuenta de ahorros médicos Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

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 que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios extras, como los beneficios oftalmológicos, odontológicos y de audición que podría ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare se ofrece mediante una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los planes para necesidades especiales, los programas de demostración/pilotos y los Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros ambulatorios que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): es un seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir *faltas* en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): es una persona que tiene Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción a nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios al Miembro: es un departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones.

Red: es el grupo de proveedores con el que un plan de salud tiene un contrato para brindar servicios a sus miembros. Estos proveedores pueden ser médicos, farmacias, hospitales, centros de enfermería especializada, agencias de atención domiciliaria, proveedores de DME, proveedores oftalmológicos, otros profesionales de la salud, etc. (sección 3.2 del capítulo 1).

Farmacia de la red: es una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que se utiliza para denominar a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y demás centros de atención médica con licencia o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Beneficios complementarios opcionales: son los beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden adquirir por una prima adicional y no están incluidos en el paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para obtenerlos.

Determinación de la organización: es una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto debe pagar por los servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se conocen como decisiones de cobertura.

Producto biológico original: es un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y actúa como elemento de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare Tradicional o pago por servicio de Medicare): Medicare Original se ofrece a través del gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren por medio del pago de montos determinados por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Farmacia fuera de la red: es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o establecimiento que no tienen un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen ni operan con nuestro plan.

Costos de desembolso directo: consulte la definición de costo compartido mencionada anteriormente. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costos de desembolso directo del miembro.

Umbral de desembolso directo: es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: el plan del Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas débiles para ayudarlas a mantenerse independientes y qué vivan en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar para adultos mayores) en la medida de lo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden tener la cobertura a través de la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Penalización por inscripción tardía de la Parte D: es el monto que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si permanece sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare), durante un periodo ininterrumpido de 63 días o más luego de que se considere elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Costo compartido preferido: el costo compartido preferido consiste en un costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido de los miembros será mayor cuando se reciban beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus gastos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en los gastos

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

totales y combinados de su bolsillo para los servicios de los proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

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

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

Autorización previa: es la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están en la tabla de beneficios en el capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el Formulario de medicamentos y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Prótesis y aparatos ortopédicos: son los dispositivos médicos que incluyen, entre otros: soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; prótesis oculares; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, por ejemplo, suministros de ostomía y para la terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal que se encargan de revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: es una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados, por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden basarse en el monto de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo determinado.

«Herramienta de beneficios en tiempo real»: es un portal o una aplicación de computadora en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada, específica del Formulario de medicamentos y de los beneficios. Esto incluye montos de costo compartido, medicaciones alternativas del Formulario de medicamentos que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicaciones alternativas.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: es el área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede utilizar, generalmente es también el área donde usted obtiene servicios rutinarios (que no son de emergencia). El plan debe cancelar la inscripción si usted se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF): es la atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrecen de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de la atención incluyen la

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

terapia física o las inyecciones intravenosas que solo pueden aplicar un enfermero diplomado o un médico.

Periodo de inscripción especial: es un periodo en el que los miembros pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un periodo de inscripción especial incluyen si se muda fuera del área de servicio, si recibe «Ayuda Adicional» con los costos de los medicamentos con receta, si se muda a un hogar para adultos mayores o si infringimos nuestro contrato con usted.

Plan para necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada en grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar para adultos mayores o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Costo compartido estándar: es un costo compartido que no es el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: es una herramienta de utilización que le exige probar primero otro medicamento para el tratamiento de una afección médica antes de cubrir el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con ingresos y recursos limitados. Los beneficios de la SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, debido a su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con los proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran urgentes aunque esté fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible de manera temporal.

Servicios al Miembro

Método	Servicios al miembro: información de contacto
LLAME AL	1-800-927-6048 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días a la semana desde las 8:00 a. m. hasta las 8:00 p. m., hora del este. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Fuera de estos horarios, nuestro sistema interactivo de respuesta de voz le permite obtener información sobre muchos temas relacionados con su plan. Servicios al miembro también tiene disponible servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	Servicio de Retransmisión de Virginia: 1-800-828-1120 o 711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días a la semana desde las 8:00 a. m. hasta las 8:00 p. m., hora del este. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.
FAX	757-961-3086
ESCRIBA A	Sentara Medicare Member Services PO Box 66189 Virginia Beach, VA 23466
SITIO WEB	sentarahealthplans.com/members/medicare

Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (VICAP)

El Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Virginia (VICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento de seguro de salud local gratuito a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-552-3402 (llamada gratuita); 804-662-9333 (local)
TTY	711 (llamada gratuita) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas de audición o del habla.
ESCRIBA A	Virginia Division for the Aging Virginia Insurance Counseling and Assistance Program 1610 Forest Avenue, Suite 100 Henrico, VA 23229
SITIO WEB	www.vda.virginia.gov/vicap.htm

Declaración de Divulgación de PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que el documento muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido 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.