



HEALTH | CHOICE

GENERATIONS



Steward Health Choice Generations HMO SNP

2019 EVIDENCIA DE COBERTURA

ARIZONA

Sirviendo los condados de Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal, and Yavapai.

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



HEALTH | CHOICE
GENERATIONS

Steward Health Choice Generations HMO SNP complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Steward Health Choice Generations does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Steward Health Choice Generations:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

Steward Health Choice Generations
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 510, Phoenix, AZ 85008
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
E-mail: HCH.GrievanceForms@steward.org

If you believe that Steward Health Choice Generations has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail, fax, or email to:

Steward Health Choice Generations
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 510, Phoenix, AZ 85008
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
E-mail: HCH.GrievanceForms@steward.org

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Steward Health Choice Generations HMO SNP is a Health Plan with a Medicare contract and a contract with the state Medicaid program. Enrollment in Steward Health Choice Generations HMO SNP depends on contract renewal.

This information is available in other formats, such as Braille, large print, and audio.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN



HEALTH CHOICE
GENERATIONS

En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo

Steward Health Choice Generations HMO SNP cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Steward Health Choice Generations no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Steward Health Choice Generations:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Steward Health Choice Generations
Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 510, Phoenix, AZ 85008
Teléfono: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Correo electrónico: HCH.GrievanceForms@steward.org

Si considera que Steward Health Choice Generations no ha logrado prestar estos servicios o

ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Steward Health Choice Generations
Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 510, Phoenix, AZ 85008
Teléfono: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Correo electrónico: HCH.GrievanceForms@steward.org

Puede presentar una queja formal personalmente o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Steward Health Choice Generations HMO SNP es un plan de salud con contrato con Medicare y contrato con el programa de Medicaid estatal. La inscripción en Steward Health Choice Generations HMO SNP depende de la renovación de los contratos.

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.

MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES



HEALTH CHOICE
GENERATIONS

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-656-8991 (TTY: 711), 8AM – 8PM, 7 days a week.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al 1-800-656-8991 (TTY: 711).

請注意：若您使用繁體中文，您可以接受免費的語言協助服務。請致電 1-800-656-8991 (TTY: 711)。

Bilagáana bizaad doo bee yáníłti' dago dóó saad nááná ła' bee yáníłti'go, saad bee ata' hane', t'áá níík'eh, ná bee ahóót'i' . Kojí' hodíłnih 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se você fala português brasileiro, oferecemos serviços gratuitos de assistência para idiomas. Ligue para 1-800-656-8991 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói [Tiếng Việt], chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi số 1-800-656-8991 (TTY: 711).

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر لديك خدمات المساعدة اللغوية، مجانًا. اتصل على 1-800-656-8991 (هاتف نصي: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang, gratis, disponib pou ou. Rele 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Fremdsprachenservice zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-656-8991 (TTY: 711) an.

ΠΡΟΣΟΧΗ: εάν μιλάτε Ελληνικά, μπορείτε να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε τον αριθμό 1-800-656-8991 (TTY: 711).

સૂચના: જો તમે બોલતા હોવ, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સંપર્ક 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-656-8991 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero 1-800-656-8991 (TTY: 711).

MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES



HEALTH CHOICE
GENERATIONS

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

注意：日本語を話される場合、無料で言語支援サービスをご利用いただけます。次の番号までお電話してください：1-800-656-8991 (TTY: 711)

주의: 한국어를 사용하는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-800-656-8991 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មជំនួយភាសាដល់លោកអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃនោះទេ។ សូមហៅទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-656-8991 (TTY: 711)។

नेपाली – बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन् । ध्यान दिनुहोस्: तपाईं 1-800-656-8991 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस् ।

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارائه می‌شود. با 1-800-656-8991 (TTY: 711) تماس بگیرید.

UWAGA: Jeżeli mówi Pan/Pani po polsku, oferujemy bezpłatne usługi pomocy językowej. Prosimy o kontakt pod numerem 1-800-656-8991 (telefon tekstowy (TTY: 711)).

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на Русский, вам бесплатно доступны услуги языковой поддержки. Звоните 1-800-656-8991 (телетайп: 711).

PAŽNJA: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su Vam besplatno. Pozovite 1-800-656-8991 (TTY: 711).

8991-656-800-1. 1-800-656-8991 (TTY: 711) 1-800-656-8991 (TTY: 711) 1-800-656-8991 (TTY: 711)

ATENSIYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, na walang singil, ay magagamit mo. Tumawag sa 1-800-656-8991 (TTY: 711).

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณจะสามารรถใช้บริการความช่วยเหลือด้านภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-800-656-8991 (TTY: 711)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 1-800-656-8991 (TTY: 711).

1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de cobertura:

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Steward Health Choice Generations (HMO SNP).

Este cuadernillo ofrece los detalles de su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare vigentes desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que usted necesita. **El presente es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, Health Choice Generations (HMO SNP), es ofrecido por Health Choice Arizona, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro/s” o “nuestra/s”, se refiere a Health Choice Arizona, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Steward Health Choice Generations (HMO SNP).

Steward Health Choice Generations HMO SNP es un plan de salud con un contrato con Medicare y con un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Steward Health Choice Generations HMO SNP depende de la renovación del contrato.

Esta información también está disponible en otros formatos, como en Braille, letra grande y audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

La lista, la red de farmacias o la de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Se le notificará cuando sea necesario.

Evidencia de cobertura 2019

Tabla de contenidos

Esta lista de capítulos y números de página es el punto de partida. Para obtener más información sobre el tema que le interesa, lea la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de los temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Introducción como miembro	5
Explica lo que significa estar en un plan de salud Medicare y cómo usar este cuadernillo. Informa los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la tarjeta de membresía del plan y cómo mantener su registro de membresía actualizado.	
Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes.....	21
Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (Steward Health Choice Generations (HMO-SNP)) y las demás organizaciones como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos recursos), los programas que ayudan a pagar a las personas sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.	
Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos	42
Explica información importante que debe conocer sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores en la red del plan y cómo obtener atención médica en caso de emergencia.	
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que debe pagar).....	60
Brinda detalles sobre los tipos de atención médica cubiertos y <i>no</i> cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará por su parte del costo de cobertura de atención médica.	
Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D	110
Explica las normas que necesita cumplir para obtener sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista)</i> del plan para identificar qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos. Explica las diferentes restricciones que aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Indica dónde adquirir sus medicamentos recetados. Explica los programas de seguridad con fármacos y control de medicamentos del plan.	

Capítulo 6. Lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D	134
Informa sobre las 2 etapas de cobertura de medicamentos (<i>Etapas de cobertura inicial y Etapa de cobertura catastrófica</i>) y de qué manera afectan lo que debe pagar por sus medicamentos	
Capítulo 7. Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	151
Explica cuándo y cómo enviarnos una factura para solicitarnos el reembolso de la parte que nos corresponde pagar por los servicios o medicamentos cubiertos.	
Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades	159
Explica sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Indica qué puede hacer si considera que no se están respetando sus derechos.	
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	172
Explica paso a paso lo que debe hacer si tiene problemas o preocupaciones como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none">• Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que usted considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye cómo solicitar al plan que haga excepciones a la norma o a las restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados y cómo solicitar al plan que mantenga la cobertura de atención hospitalaria y de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura termina demasiado pronto.• Explica cómo presentar quejas sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otros problemas.	
Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan.....	238
Indica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.	
Capítulo 11. Avisos legales.....	249
Incluye avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.	
Capítulo 12. Definiciones de terminología importante.	253
Explica los términos clave que se utilizan en este cuadernillo.	

CAPÍTULO 1

Introducción como miembro

Capítulo 1. Introducción como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	6
Sección 1.1	Usted está inscrito en <i>Steward Health Choice Generations</i> , un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)	6
Sección 1.2	¿De qué se trata el cuadernillo <i>Evidencia de cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	8
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	9
Sección 2.4	Esta es el área de servicios del plan Steward Health Choice Generations	9
Sección 2.5	Ciudadano de los EE.UU. o presencia legal.....	10
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le proporcionaremos?	10
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía en el plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	10
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : su guía a todos los proveedores en la red del plan	11
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía a las farmacias de nuestra red	12
Sección 3.4	<i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista)</i> del plan	13
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Steward Health Choice Generations.....	14
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima de su plan?	14
Sección 4.2	Puede pagar la prima de su plan de varias maneras	15
Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	17
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía.....	17
Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tenemos la información precisa sobre usted.....	17
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal	18
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	18
SECCIÓN 7	Cómo trabajan otros seguros con nuestro plan.....	18
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero en caso de que tenga otro seguro?	18

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Steward Health Choice Generations, un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
--------------------	--

Usted está cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid):

- **Medicare** es el programa de seguro de salud federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **AHCCCS (Medicaid)** es un programa mixto Federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. La cobertura de AHCCCS (Medicaid) varía según el estado y tipo de AHCCCS (Medicaid) que usted tenga. Algunas personas con AHCCCS (Medicaid) reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura por medicamentos y servicios adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha escogido recibir su atención de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Steward Health Choice Generations.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Steward Health Choice Generations es un Plan Medicare Advantage especializado (un “plan de necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Steward Health Choice Generations está diseñado especialmente para las personas que cuentan con Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

La cobertura de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web de Servicios de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en:

<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Debido a que recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid) con otros costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) de la Parte A y la Parte B de Medicare, es posible que no deba pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. AHCCCS (Medicaid) además podrá brindarle otros servicios y cubrir servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare. Además, recibirá “ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Steward Health Choice Generations ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, de modo que reciba los servicios de atención médica y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

Steward Health Choice Generations es gestionada por una empresa privada. Como todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare cuenta con

aprobación de Medicare. El plan tiene, además, un contrato con el programa AHCCCS (Medicaid), para coordinar sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Nos complace entregarle la cobertura de atención médica de Medicare, que incluye su cobertura de medicamentos recetados.

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

Este cuadernillo de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su atención médica o medicamentos recetados de Medicare cubiertos a través de nuestro plan. Este cuadernillo define sus derechos y responsabilidades, la cobertura y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos, además de los medicamentos recetados que se encuentran disponibles para usted como miembro de Steward Health Choice Generations.

Es importante que se informe sobre cuáles son las normas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este cuadernillo de Evidencia de cobertura.

Si la información le resulta confusa o le crea inquietudes o si solo tiene alguna duda, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted.

Esta Evidencia de cobertura es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Steward Health Choice Generations cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su lista de afiliación, la Lista de medicamentos cubiertos (Lista) y cualquier aviso que reciba de nosotros acerca de los cambios o condiciones que puedan afectar su cobertura. Estos avisos a veces se llaman “cláusulas adicionales” o “modificaciones”.

El contrato se encuentra en vigencia durante los meses que esté afiliado a Steward Health Choice Generations entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Steward Health Choice Generations después del 31 de diciembre de 2019. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar a Steward Health Choice Generations cada año. Usted puede seguir con la cobertura de Medicare como miembro

de nuestro plan solo si nosotros decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad
--

Usted puede ser miembro de nuestro plan si:

- tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa acerca de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare),
- --y-- vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe su área de servicio),
- --y-- es un ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos,
- --y-- no sufre de una enfermedad renal en etapa terminal (ERT), con excepciones limitadas, como si desarrolla una ERT cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o era miembro de otro plan que llegó a su término,
- --y-- cumple los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan.

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de AHCCCS (Medicaid). (Medicaid es un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a personas de bajos ingresos y con recursos limitados a costear sus servicios médicos). Para ser elegible para nuestro plan, debe reunir los requisitos para recibir los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare y los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid).

Tenga en cuenta lo siguiente: si usted pierde su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), pero razonablemente puede esperarse que recupere la elegibilidad en el término de 6 meses, continuará reuniendo los requisitos para ser miembro de nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección 2.1, se explican la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad considerada continua).

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

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir servicios brindados por hospitales (por servicios de hospitalización, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).

- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los otros servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [DME, por sus siglas en inglés] y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a personas de bajos ingresos y con recursos limitados a costear sus servicios médicos. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo dirigir su programa, siempre que sigan las pautas federales.

Además, existen planes ofrecidos a través del AHCCCS (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también tienen derecho a los beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario especificado de Medicare de bajos ingresos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también tienen derecho a los beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Beneficio doble completo elegible (FBDE):** también conocido como Doble No-QMB): una persona que tiene derecho a recibir Medicare, y se determina que reúne los requisitos para recibir beneficios de cuidados intensivos o del sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS, por sus siglas en inglés) de AHCCCS (Medicaid), pero que no cumple con los criterios de ingresos como beneficiario de Medicare calificado (QMB, por sus siglas en inglés) o beneficiario especificado de Medicare de bajos ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés). AHCCCS (Medicaid) no proporciona el pago de los costos de las primas de Medicare. El pago de AHCCCS del coseguro de Medicare y del deducible de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare es limitado.

Sección 2.4 Esta es el área de servicios del plan Steward Health Choice Generations

Aunque Medicare es un programa federal, Steward Health Choice Generations se encuentra disponible solo para quienes vivan en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación:

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de AHCCCS (Medicaid) de su estado y preguntar cómo afectará esta mudanza sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Los números de teléfono de Medicaid están en el Capítulo 2, Sección 6, de este cuadernillo.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

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

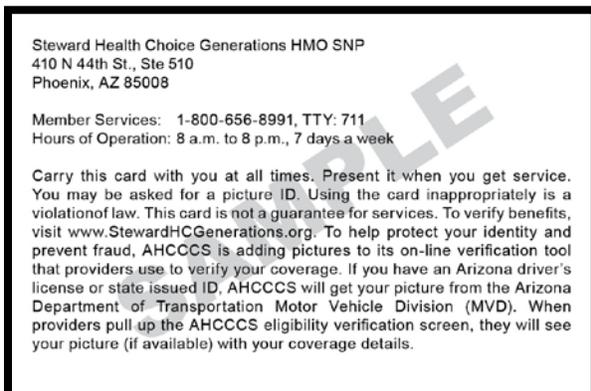
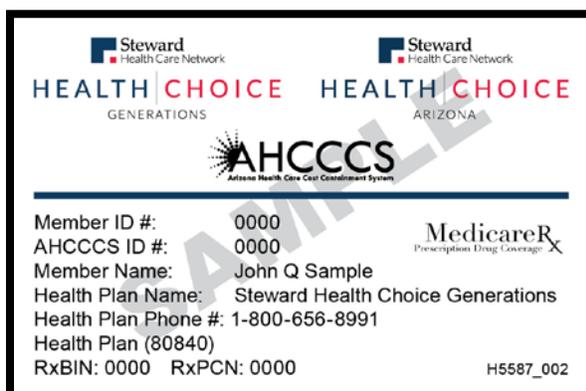
Sección 2.5 Ciudadano de los EE.UU. o presencia legal

Un miembro de un plan de Medicare debe ser un ciudadano de los EE. UU. o tener presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) avisará a Steward Health Choice Generations si usted no reúne los requisitos para continuar siendo miembro sobre la base de este hecho. Steward Health Choice Generations deberá darlo de baja si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía en el plan: utilícela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de membresía del plan cuando reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. También debe presentarle al proveedor su tarjeta de AHCCCS (Medicaid). A continuación, hay una muestra de la tarjeta de membresía para que vea cómo lucirá la suya:



Si solo está inscrito en Steward Health Choice Generations, tiene que usar su tarjeta de AHCCCS Complete Care (Medicaid) junto con su tarjeta de Steward Health Choice Generations. Debe utilizar su tarjeta de Steward Health Choice Generations cada vez que reciba algún servicio cubierto por este plan y para medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. En el caso de los miembros inscritos en Steward Health Choice Generations, pero no inscritos en Health Choice Arizona para su plan de AHCCCS Complete Care, aquí hay una muestra de la tarjeta de membresía para que vea cómo lucirá la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de las ocasiones **no deberá usar su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para recibir servicios médicos cubiertos (con la excepción de estudios de investigación clínica de rutina y servicios de cuidados paliativos). Es posible que se le pida que muestre su nueva tarjeta de Medicare si necesita utilizar servicios hospitalarios. Conserve su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la llegara a necesitar en el futuro.

Este es el motivo por el cual es tan importante: si usted recibe servicios presentando su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de presentar su tarjeta de membresía de Steward Health Choice Generations mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan se dañara, extraviara o fuera hurtada, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Sección 3.2 El directorio de proveedores: su guía a todos los proveedores en la red del plan

El directorio de proveedores tiene una lista de todos los proveedores de nuestra red y de los proveedores de equipo médico duradero. Para averiguar qué médicos están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su directorio de proveedores de Steward Health

Choice Arizona u otro directorio de proveedores de AHCCCS (Medicaid). Puede encontrar el directorio de proveedores de Health Choice Arizona en www.stewardhealthchoiceaz.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica bajo contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La más reciente lista de proveedores está disponible en nuestro sitio web StewardHCGenerations.org.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red dado que, salvo excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan deberá utilizar proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios. Las únicas excepciones son emergencias, servicios urgentes cuando la red no esté disponible (generalmente, cuando se encuentre fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Steward Health Choice Generations autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Asimismo, es importante conocer quién es el proveedor de AHCCCS (Medicaid) participante para que se pueda coordinar su atención entre SHCG (Medicare) y AHCCCS (Medicaid).

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Puede solicitar al Departamento de Servicios para Miembros más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede ver y descargar el directorio de proveedores de Steward Health Choice Generations en www.StewardHCGenerations.org. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada acerca de los cambios que se produzcan en nuestra red de proveedores.

Sección 3.3	El Directorio de farmacias: su guía a las farmacias de nuestra red
--------------------	---

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han accedido a surtir medicamentos recetados cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué debe tener información sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el Directorio de farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año entrante. Consulte el Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web www.StewardHCGenerations.org. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a fin de obtener información actualizada o solicitarnos el envío del Directorio de farmacias por correo. **Revise el directorio de farmacias del año 2019 para saber cuáles farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el Directorio de farmacias, puede pedir una copia al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Puede comunicarse en cualquier momento con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.StewardHCGenerations.org.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Lista)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en *Steward Health Choice Generations*. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, usted cuenta con algunos medicamentos recetados cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo puede saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *Steward Health Choice Generations*.

En la Lista de medicamentos también se indica si hay alguna norma que limite la cobertura de sus medicamentos.

Usted recibirá 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 www.StewardHCGenerations.org o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Sección 3.5 **La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D**

Cuando utilice sus beneficios para medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y mantener un registro de los pagos efectuados de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

En la *Explicación de beneficios de la Parte D*, se indica el monto total que usted u otros en su nombre han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 (*Lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), se detalla más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo lo puede ayudar a controlar su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible cuando usted lo solicite. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Steward Health Choice Generations

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, podría pagar una prima mensual del plan. Para 2019, la prima mensual para Steward Health Choice Generations es de \$0 a \$31.60. Si recibe Ayuda adicional de Medicare, la prima mensual del plan será inferior o podría no pagar nada.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto mencionado anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros están obligados a pagar un **recargo por inscripción tardía** de la Parte D porque no se afiliaron a un plan de medicamentos de Medicare cuando cumplieron con los requisitos por primera vez o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en los que no tuvieron una cobertura de medicamentos recetados “acreditable”. (“Acreditable” se refiere a una cobertura para medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos el equivalente de la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, se agrega a la prima mensual del plan el recargo por inscripción tardía de la Parte D. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto del recargo por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará un recargo por inscripción tardía.
 - Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), estaría sujeto al recargo mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez se ha quedado sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más.
 - Si se le exige pagar el recargo por inscripción tardía de la Parte D, el costo de dicho recargo dependerá de cuánto tiempo haya pasado sin la cobertura de la Parte D o la cobertura acreditable de los medicamentos recetados.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó en la Sección 2 anterior, a fin de calificar para nuestro plan, debe seguir cumpliendo con los requisitos para AHCCCS (Medicaid), y tener derecho a la Parte A y a la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Steward Health Choice Generations, AHCCCS (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B. Si AHCCCS (Medicaid) no está pagando sus primas de Medicare, usted deberá pagarlas para continuar afiliado al plan.

Algunas personas pagan una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso anual. Esto se conoce como Ajuste del monto mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA por sus siglas en inglés. Si su ingreso está por encima de \$85,000 para una persona (o para parejas casadas que presentan una declaración de impuestos por separado) y de \$170,000 para un matrimonio que presenta una declaración conjunta, **deberá pagar una cantidad adicional al gobierno directamente (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta donde se indique cuál es ese monto adicional. Si sufrió un evento que le cambió la vida que haya dado lugar a que sus ingresos disminuyan, puede solicitar al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si se le solicita pagar un monto adicional y no lo paga, usted será desafiliado del plan.**
- También puede visitar <https://www.medicare.gov> en Internet o 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. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2019* le brinda información sobre estas primas en la sección titulada “Costos de Medicare 2019”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año durante el otoño. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia en el plazo del mes posterior a haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2019* del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). 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 4.2 Puede pagar la prima de su plan de varias maneras

Puede pagar la prima de su plan de *dos* maneras.

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

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede pagar su prima con cheque. Podemos ayudarlo a programar sus pagos en un calendario mensual. El cheque deber ser emitido a Steward Health Choice Generations y enviado a la siguiente dirección:

Steward Health Choice Generations
Attn: Finance Department-Late Enrollment
410 N 44th Street, Suite 510
Phoenix, AZ 85008

Si tiene alguna pregunta acerca de lo que es un recargo por inscripción tardía o tiene problemas para pagar el recargo con cheque, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (800) 656-8991 (TTY 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Uno de nuestros representantes lo ayudará con esto. Su cheque se debe recibir antes del día 10 del mes.

Opción 2: El monto de la prima del plan se puede deducir de su cheque mensual del Seguro Social

El monto de la prima del plan se puede deducir de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este trámite. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios para miembros en la parte trasera de este folleto).

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

Si tiene problemas para pagar su prima de forma oportuna, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para ver si podemos derivarlo a algún programa que lo ayude a pagar su prima. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Si cancelamos su membresía debido a que no pagó la prima de su plan, usted tendrá la cobertura de salud de Original Medicare. Mientras reciba “ayuda adicional” con sus gastos de medicamentos recetados, continuará con su cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

Si considera que hemos cancelado su membresía injustamente, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando un reclamo. En el Capítulo 9, Sección 11 de este cuadernillo se le indica cómo presentar un reclamo. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y que causó que no pudiera pagar las primas dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión llamando al (800) 656-8991 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud durante los 60 días posteriores a la fecha en que finaliza su membresía.

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No podemos cambiar el monto que le cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia al año siguiente, se lo comunicaremos en el mes de septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si usted reúne los requisitos para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para la “Ayuda adicional” con el costo de los medicamentos recetados, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar el total de su prima mensual.

Puede obtener más información sobre el programa de “ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tenemos la información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información del formulario de inscripción, e incluye su dirección y número de teléfono. Allí se detalla la cobertura específica de su plan, incluido el nombre de su proveedor de atención primaria/Grupo médico/IPA.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos por su rango de participación.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en la cobertura de cualquier otro seguro de salud que tenga (como el de su empleador, del empleador de su cónyuge, indemnización por accidentes o enfermedades laborales o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones por responsabilidad, como reclamaciones por accidentes de automóvil.
- Si ha sido internado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención fuera de su área o de un hospital o sala de emergencia fuera de la red.
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia.
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si alguna de esta información cambia, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunice con la oficina del Seguro Social. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que usted tenga.

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo trabaja nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 en este capítulo).

Una vez por año, usted recibirá una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o medicamentos de que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si la información es correcta, usted no debe hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no se encuentra en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida
--

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.4, de este cuadernillo.

SECCIÓN 7 Cómo trabajan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero en caso de que tenga otro seguro?
--

Cuando tenga otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que decidirán si nuestro plan o su otro seguro pagará primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina “pagador secundario” y solo paga si existen gastos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los gastos no cubiertos.

Estas normas aplican a la cobertura del plan de salud de sindicato grupal y del empleador:

- Si tiene cobertura de retiro, Medicare pagará primero.
- Si su cobertura de plan de salud se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, se determinará quién paga primero según la edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene un plan Medicare de acuerdo con su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ERT):
 - Si tiene menos de 65 años de edad y alguna discapacidad y usted o algún familiar están aún trabajando, el plan de salud de su grupo pagará primero en caso de que el empleador tenga 100 empleados o más, o que al menos un empleador en el plan de empleador múltiple tenga 100 o más empleados.
 - Si tiene más de 65 años de edad y usted o su cónyuge aún están trabajando, el plan de salud de su grupo pagará primero en caso de que el empleador tenga 20 o más empleados o que al menos un empleador en el plan de empleador múltiple tenga 20 o más empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ERT, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses cuando cumpla con los requisitos para Medicare.

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

- Seguro contra todo riesgo (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

AHCCCS (Medicaid) y TRICARE nunca pagarán primero por los servicios cubiertos de Medicare. Solo pagarán después de que los planes de salud grupal o Medicare hayan pagado.

Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, al hospital y a la farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar su otra información de seguro, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Tal vez deba dar su número de identificación de miembro del plan a otros aseguradores (una vez que haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y en fecha.

CAPÍTULO 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Steward Health Choice Generations (cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros en el plan) 22
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 29
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus consultas sobre Medicare)..... 31
SECCIÓN 4	Organización para el mejoramiento de la calidad (Medicare le paga a esta organización para que verifique la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare) 32
SECCIÓN 5	Seguro Social 33
SECCIÓN 6	AHCCCS Medicaid (un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a personas de bajos ingresos y con recursos limitados a costear sus servicios médicos)..... 34
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados 37
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios 39
SECCIÓN 9	Puede obtener ayuda de la Agencia Local de la Tercera Edad de Arizona 40

SECCIÓN 1 Contactos de Steward Health Choice Generations (cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros en el plan)

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan.

Para obtener asistencia con reclamaciones, facturaciones o preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Steward Health Choice Generations. Con gusto le ayudaremos.

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	(800) 656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de intérprete gratuito para aquellas personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los siete días de la semana , de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m.
DIRECCIÓN	Steward Health Choice Generations 410 N 44th Street, Suite 510 Phoenix, AZ 85008 comments@steward.org
SITIO WEB	www.StewardHCGenerations.org

Cómo puede contactarnos para consultar sobre una decisión de cobertura referente a su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre consultas de decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

En caso de tener alguna consulta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura, no dude en comunicarse con nosotros.

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto
TELÉFONO	(800) 656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
FAX	(877) 424-5680
DIRECCIÓN	Steward Health Choice Generations Attn: Autorización previa 410 N 44th Street, Suite 510 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	www.StewardHCGenerations.org

Cómo contactarnos para presentar una apelación por su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre la presentación de una apelación por su atención médica, consulte el Capítulo 9, *(Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos))*.

Método	Apelaciones de atención médica: información de contacto
TELÉFONO	(800) 656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
FAX	(480)-760-4771
DIRECCIÓN	Steward Health Choice Generations Attn: Appeals 410 N 44th Street, Suite 510 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	www.StewardHCGenerations.org

Cómo contactarnos para presentar un reclamo por su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o alguno de los proveedores de nuestra red, inclusive puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye disputas por cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo por su atención médica, lea el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Reclamos por atención médica: información de contacto
TELÉFONO	(800) 656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
FAX	(480) 760-4739
DIRECCIÓN	Steward Health Choice Generations Attn: Departamento de Gestión de Calidad 410 N 44th Street, Suite 510 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Steward Health Choice Generations directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo contactarnos para consultar por una decisión de cobertura por sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	(800) 656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
FAX	(877) 424-5690
DIRECCIÓN	Steward Health Choice Generations Attn: Pharmacy 410 N 44th Street, Suite 510 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	www.StewardHCGenerations.org

Cómo contactarnos para presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D, lea el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	(800) 656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
FAX	(877) 424-5690
DIRECCIÓN	Steward Health Choice Generations Attn: Pharmacy Appeals 410 N 44th Street, Suite 510 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	www.StewardHCGenerations.org

Cómo contactarnos para presentar un reclamo por sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguna de las farmacias de nuestra red, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye disputas por cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo por sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	(800) 656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
FAX	(480) 760-4739
DIRECCIÓN	Steward Health Choice Generations Attn: Departamento de Gestión de Calidad 410 N 44th Street, Suite 510 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Steward Health Choice Generations directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o medicamentos que usted ha recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que pueda necesitar pedirnos el reembolso o pago de una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted nos envía una solicitud de pago y nosotros denegamos cualquier parte de esta, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Solicitud de pago: información de contacto
TELÉFONO	(800) 656-8991 El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana, de lunes a domingo.
FAX	(480) 760-4708
DIRECCIÓN	Steward Health Choice Generations Attn: Servicios para Miembros 410 N 44th Street, Suite 510 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	www.StewardHCGenerations.org

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

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

La agencia Federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Este organismo celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage como la nuestra.

Método	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>https://www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para los servicios de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y sus problemas actuales con Medicare. También brinda información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de qué costos en efectivo podrían ser distintos en los planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier reclamo que tenga sobre Steward Health Choice Generations:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre Steward Health Choice Generations directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y usará dicha información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no cuenta con una computadora, puede dirigirse a la biblioteca o al centro para personas de la tercera edad de su localidad para visitar este sitio web desde sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare y preguntar por la información que busca. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (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>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud **(ayuda, información y respuestas gratuitas a sus** **consultas sobre Medicare)**

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Arizona, el programa SHIP se denomina Programa de Asistencia y Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona).

El SHIP de Arizona es independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal con fondos del gobierno Federal que ofrece asesoramiento gratuito local de seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores de SHIP de Arizona pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Lo ayudarán a comprender sus derechos con Medicare, a presentar reclamos por la atención o el tratamiento médico que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHIP de Arizona también lo pueden ayudar a comprender las opciones de su plan Medicare y responder consultas sobre cambio entre planes.

Método	Programa de Asistencia y Seguro de Salud del Estado de Arizona (SHIP de Arizona): información de contacto
TELÉFONO	Teléfono local (602) 542-4446 Línea directa estatal (800) 432-4040
DIRECCIÓN	DES Division of Aging and Adult Services 1789 W Jefferson St (Site Code 950A) Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-healthinsurance/Shipoffices

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad (Medicare le paga a esta organización para que verifique la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare)

Hay una organización para el mejoramiento de la calidad designada al servicio de los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Arizona, la organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta, LLC.

Livanta, LLC. tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención de las personas que tienen Medicare. Livanta, LLC. es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta, LLC. en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene un reclamo por la calidad de atención que ha recibido.
- Si considera que el período de cobertura por su estadía en el hospital está finalizando demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF, por sus siglas en inglés) está finalizando demasiado pronto.

Método	Livanta, LLC (Organización para el mejoramiento de la calidad de Arizona): información de contacto
TELÉFONO	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668
DIRECCIÓN	BFCC-QIO Program, Area 5 9090 Junction Dr., Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.bfccqioarea5.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar el proceso de inscripción a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes mayores de 65 años de edad, o personas con discapacidades o enfermedad renal en etapa terminal que cumplen ciertos requisitos son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que afiliarse a Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar Medicare, llame al Seguro Social o consulte en la oficina local de Seguro Social.

El Seguro Social es también responsable de determinar qué personas tienen que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D debido a que estas personas tienen un ingreso mayor. Si recibe una carta del Seguro Social indicando que debe de pagar una cantidad adicional y tiene preguntas sobre dicha cantidad o si su ingreso es menor debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles la nueva dirección.

Método	Seguro Social: información de contacto
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. 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 equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 AHCCCS Medicaid (un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a personas de bajos ingresos y con recursos limitados a costear sus servicios médicos)

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que son elegibles tanto para Medicare Parte A como para Medicare Parte B y cuentan con los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid). Los miembros de SHCG deben estar doblemente inscritos en los planes de Medicare y de AHCCCS (Medicaid). Los requisitos de elegibilidad se encuentran en el Capítulo 1, Sección 2.

En Arizona, el plan de Medicaid se llama Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud del Estado de Arizona (AHCCCS). AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a personas de bajos ingresos y con recursos limitados a costear sus servicios médicos. Steward Health Choice Generations ofrece servicios y beneficios médicos y conductuales.

Además, existen planes ofrecidos a través del AHCCCS (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también tienen derecho a los beneficios totales de Medicaid [QMB+]).

- **Beneficiario especificado de Medicare de bajos ingresos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también tienen derecho a los beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Beneficio doble completo elegible (FBDE):** también conocido como Doble No-QMB): Una persona que tiene derecho a recibir Medicare, y se determina que reúne los requisitos para recibir beneficios de cuidados intensivos o del sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS, por sus siglas en inglés) de AHCCCS (Medicaid), pero que no cumple con los criterios de ingresos como beneficiario de Medicare calificado (QMB, por sus siglas en inglés) o beneficiario especificado de Medicare de bajos ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés). AHCCCS (Medicaid) no proporciona el pago de los costos de las primas de Medicare. El pago de AHCCCS del coseguro de Medicare y del deducible de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare es limitado.

Si tiene preguntas acerca de la asistencia que puede obtener de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con AHCCCS (Medicaid).

Método	Sistema de Contención para el Cuidado de la Salud del Estado de Arizona (AHCCCS): información de contacto
TELÉFONO	(855) HEA-PLUS (855) 432-7587 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	(800) 367-8939 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	AHCCCS 801 E Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	www.azahcccs.gov

La Asistencia al Ciudadano del Programa del Defensor de Arizona ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja formal o apelación ante nuestro plan.

Método	Asistencia al Ciudadano del Programa del Defensor de Arizona: información de contacto
TELÉFONO	(602) 277-7292 Gratis fuera del condado de Maricopa: (800) 872-2879 Abierto los días hábiles de 8 a.m. a 5 p.m., excepto los días no laborables estatales.
DIRECCIÓN	Arizona Ombudsman- Citizen's Aide 7878 N. 16 th Street Suite 235 Phoenix, AZ 85020
SITIO WEB	www.azoca.gov

El Defensor de Atención a Largo Plazo de Arizona ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Defensor de Atención a Largo Plazo de Arizona: información de contacto
TELÉFONO	(602)-542-6454 Abierto los días hábiles de 8 a.m. a 5 p.m. excepto los días no laborables estatales.
DIRECCIÓN	Arizona Ombudsman- Citizen's Aide 7878 N. 16 th Street Suite 235 Phoenix, AZ 85020
SITIO WEB	www.azoca.gov

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

Programa de “ayuda adicional” de Medicare

Como usted es elegible para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Usted no necesita hacer nada más para recibir esta “ayuda adicional”.

Si tiene preguntas acerca de la “ayuda adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando compra sus medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que permite que usted solicite asistencia para obtener evidencias de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para que nos la entregue.

- El beneficiario, así como el farmacéutico, abogado defensor, representante, familiar del beneficiario o cualquier otra persona que actúe en nombre de este último, podrá contactar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Se puede enviar por fax la documentación de evidencia al 480-760-4635, Attn: Medicare Operations-Best Available Evidence, o por correo a: Steward Health Choice Generations, Attn: Medicare Operations-Best Available Evidence, 410 N 44th Street, Suite 510, Phoenix AZ 85008.
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted abone el copago correcto cuando obtenga los siguientes medicamentos recetados de la farmacia. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos el importe correspondiente. Le enviaremos un cheque por el excedente o descontaremos el importe de futuros copagos. Si la farmacia no ha recolectado un copago de usted y este figura como una deuda suya, podríamos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado paga en su nombre, podríamos hacerle el pago directamente al estado. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo)

¿Qué pasa si tiene cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Ayuda de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Ayuda de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos contra el VIH que les pueden salvar la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare también están cubiertos por el ADAP si califica para la ayuda para pagar el costo compartido de medicamentos recetados. En Arizona, el Departamento de Servicios de Salud (ADHS) administra el ADAP. Nota: A fin de ser elegible para el ADAP de su Estado, debe cumplir con determinados criterios, que incluyen prueba de residencia en el Estado y el estado del VIH, bajos ingresos según lo define el Estado y situación sin seguro o seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole la ayuda para pagar el costo compartido de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare por los medicamentos que figuran en la lista del ADAP. A fin de asegurarse de continuar recibiendo esta ayuda, notifique al trabajador de inscripción de su ADAP local cualquier cambio en el nombre o número de póliza del plan de la Parte D de Medicare. El número de contacto del Departamento de Servicios de Salud (ADHS) es 602 -364-3610.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 602-364-3610.

¿Qué sucede si consigue “ayuda adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar los costos de sus medicamentos recetados?

¿Puede conseguir los descuentos?

La mayoría de los afiliados consiguen la “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus gastos del plan de medicamentos recetados. Si recibe “ayuda adicional”, el Programa de descuento para brecha de cobertura de Medicare no se aplica a su caso. Si recibe “ayuda adicional”, ya tiene cobertura para pagar los costos de sus medicamentos recetados durante la brecha de cobertura.

¿Qué sucede si no consigue un descuento y usted considera que debió haberlo obtenido?

Si considera que ha alcanzado la brecha de cobertura y no consiguió un descuento cuando pagó por sus medicamentos de marca, deberá revisar su siguiente aviso de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados estén correctos y actualizados. Si no obtiene el descuento porque consideramos que este no le corresponde, puede apelar la decisión. Para obtener ayuda y presentar una apelación, acuda a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono están en la Sección 3 de este Capítulo) o llame 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 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios es un organismo federal independiente que administra los programas de beneficio integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, llame a la agencia.

Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, es importante que les haga saber si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios: información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono de tonos, puede obtener información grabada y servicios automatizados las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9 Puede obtener ayuda de la Agencia Local de la Tercera Edad de Arizona

La Agencia Local de la Tercera Edad de Arizona (AAA, por sus siglas en inglés) es una agencia pública o sin fines de lucro que ayuda a los residentes mayores de Arizona. El Estado elige las AAA para planificar y coordinar los servicios a nivel local. Las AAA brindan servicios basados en el hogar y la comunidad, defienden los derechos de los adultos mayores y ofrecen información sobre programas, opciones y apoyo comunitario.

Método	Agencia Local de la Tercera Edad de Arizona: información de contacto
TELÉFONO	(602) 264-2255 (condado de Maricopa) (520) 790-7262 (condado de Pima) (520) 836-2758 o (800) 293-9393 (condados de Pinal y Gila) (877) 521- 3500 (condados de Apache, Navajo y Coconino) (928) 213-5215 área local de Flagstaff (928) 782-1886 (condado de Mohave)
TTY	(Condado de Maricopa) Agencia Zonal de la Tercera Edad de Arizona 1366 E Thomas Rd, Suite 108 Phoenix, AZ 85014
SITIO WEB	www.azaging.org

CAPÍTULO 3

*Uso de la cobertura del plan para
sus servicios médicos y otros
servicios cubiertos*

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Información necesaria para obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan	44
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y cuáles son los “servicios cubiertos”?	44
Sección 1.2	Normas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	44
SECCIÓN 2	Uso de los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	46
Sección 2.1	Debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP) que proporcione y supervise la atención médica	46
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede obtener sin la aprobación anticipada de su proveedor de atención primaria (PCP)?	47
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	48
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	49
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención de urgencia o durante una catástrofe	50
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	50
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia	51
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante una catástrofe	52
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	53
Sección 4.1	Puede solicitar que el plan pague la parte del costo por los servicios cubiertos	53
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no son cubiertos por nuestro plan?	53
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	54
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	54
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿cómo se distribuyen los pagos?	55
SECCIÓN 6	Normas para conseguir cobertura de atención en una “institución religiosa de salud no médica”	56
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de salud no médica?	56

Sección 6.2	¿Qué tipo de atención prestada por una institución religiosa de salud no médica cubre nuestro plan?	56
SECCIÓN 7	Normas para posesión de equipo médico duradero	57
Sección 7.1	¿Será dueño de su propio equipo médico duradero después de efectuar determinada cantidad de pagos en nuestro plan?	57

SECCIÓN 1 Información necesaria para obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

En este capítulo se definen los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo usar su plan para conseguir atención médica y otros servicios cubiertos. Proporciona las definiciones de ciertos términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos, servicios y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre el tipo de atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan y cuál es la parte que usted debe pagar del costo cuando recibe esta atención, consulte la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que debe pagar).

Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y cuáles son los “servicios cubiertos”?
--------------------	---

A continuación, definimos ciertos términos para que entienda cómo usted puede recibir la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- **“Proveedores”**: son los médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”**: son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten la factura directamente a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo por los servicios cubiertos.
- **“Servicios cubiertos”**: incluyen toda la atención médica, los servicios de salud, suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos por atención médica se encuentran detallados en la tabla de beneficios, en el Capítulo 4.

Sección 1.2	Normas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan
--------------------	--

Como plan de salud de Medicare, Steward Health Choice Generations debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y puede ofrecer otros servicios, además de los cubiertos por Original Medicare. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Steward Health Choice Generations generalmente cubrirá su atención médica si:

- **La atención que recibe está incluida en la tabla de beneficios del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo).
- **La atención que recibe se considera necesaria desde el punto de vista médico.** “Necesario desde el punto de vista médico” se refiere a que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Su atención médica es provista y supervisada por un proveedor de atención primaria de la red (PCP, por sus siglas en inglés).** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe dar su aprobación previa antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama una “derivación”. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las derivaciones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios urgentes. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este punto, lea la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no estará cubierta la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). *A continuación, se presentan tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentes que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este servicio y para conocer el significado de atención médica de emergencia o de servicios urgentes, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, usted puede obtenerla de un proveedor fuera de la red si obtiene una autorización previa de nuestro plan antes de buscar atención. En este caso, cubriremos los servicios como si hubiese recibido atención en un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, vea la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis de riñón que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de cobertura de servicios del plan.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP) que proporcione y supervise la atención médica

¿Qué es un “PCP” y qué hace por usted?

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un profesional que cumple con los requisitos del estado de Arizona y está capacitado para brindarle atención médica básica. Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan que será su PCP. Como explicamos a continuación, su PCP le ofrecerá atención de rutina o básica. También coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan. Esto incluye:

- radiografías;
- pruebas de laboratorio;
- terapias;
- atención de médicos especialistas;
- hospitalizaciones; y
- atención de seguimiento.

La “coordinación” de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su médico de atención primaria debe dar la aprobación por anticipado. En algunos casos, su PCP también tendrá que obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros.

Elección de un PCP

Su PCP lo atenderá durante un largo período, así que es importante que escoja a alguien con quien usted se sienta cómodo. Para seleccionar a su Proveedor de Atención Primaria, usted puede buscar en su directorio de proveedores o bien, visitar el sitio web de Steward Health Choice Generations www.StewardHCGenerations.org y hacer clic en el vínculo “Find a Doctor/Pharmacy” (Encuentre un médico/farmacia) en la parte superior de la página. Cuando haya seleccionado un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Steward Health Choice Generations y diga a qué proveedor eligió.

Si no nos llama para informar el médico que eligió, Steward Health Choice Generations le asignará un médico cuya consulta esté más cerca de su casa.

Si en algún momento desea cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para miembros e indique a qué proveedor en la red de Steward Health Choice Generations le gustaría consultar. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo.

Cambio de su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted tendría que encontrar un nuevo PCP.

Para cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo. Cuando llame, asegúrese de comunicarle al Departamento de Servicios para Miembros si está viendo a algún especialista o recibiendo otros servicios cubiertos que requieran de la aprobación de su proveedor de atención primaria (como servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). El Departamento de Servicios para Miembros lo ayudará a asegurarse de que cuando cambie de proveedor de atención primaria pueda continuar con la atención especializada y demás servicios que haya estado recibiendo. También verificará que el proveedor de atención primaria al que se desea cambiar esté aceptando nuevos pacientes. El Departamento de Servicios para Miembros modificará sus registros de membresía para incluir el nombre de su nuevo PCP y para informarle a partir de qué fecha entrará en vigencia el cambio de PCP. Por lo general, este cambio entrará en efecto inmediatamente después de la recepción de la solicitud.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede obtener sin la aprobación anticipada de su proveedor de atención primaria (PCP)?
--------------------	---

Puede obtener los siguientes beneficios sin obtener la aprobación anticipada de su proveedor de atención primaria.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía
- Servicios de emergencia prestados por proveedores dentro o fuera de la red
- Servicios urgentes proporcionados por proveedores dentro o fuera de la red, cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda acceder a ellos temporalmente, por ejemplo, cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Servicios de diálisis de riñón que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de cobertura de servicios del plan. (Si fuera posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de alejarse del área de servicio, para que podamos hacer los arreglos necesarios para que reciba diálisis de mantenimiento mientras esté lejos. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

- Servicios cubiertos de atención dental, de la visión y audición de Steward Health Choice Generations no suministrados por Original Medicare.
- Servicios de médicos especialistas.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

- oncólogos, que atienden pacientes con cáncer;
- cardiólogos, que atienden pacientes con afecciones cardíacas;
- traumatólogos, que atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares;

Cuando su Proveedor de Atención Primaria (PCP) considere que usted necesita tratamiento especializado, el servicio puede requerir una autorización previa. Ya no necesita una autorización ni derivación previa para ver al especialista. Sin embargo, es importante trabajar junto a su PCP para elegir el especialista adecuado al que deba acudir. Puede seleccionar un especialista de la red de Steward Health Choice Generations. Visite nuestro sitio web en www.StewardHCGenerations.org y allí podrá consultar nuestro Directorio de Proveedores.

Es posible que necesite aprobación (denominada una *decisión de cobertura favorable*) por adelantado por parte de Steward Health Choice Generations si el especialista que quiere ver no se encuentra en la red del Plan, o si su especialista solicita un procedimiento médico. A esto se lo llama solicitar una “autorización previa”. Si no tiene una autorización previa antes de ver a un especialista que está fuera de la red, es probable que deba hacerse cargo del pago de estos servicios. Su proveedor se encargará de presentar una solicitud de autorización previa. Nuestro Plan debe revisar estas solicitudes. La revisión de esta solicitud puede llevar algunos días hábiles. Desde el consultorio de su PCP o el Proveedor le informarán si su pedido de autorización previa ha sido aprobado. Si la solicitud de su médico se rechaza, nuestro Plan se lo informará por correo electrónico y le informaremos sus derechos de apelación.

Consulte la Tabla de beneficios que se encuentra en el Capítulo 4, Sección 2.1, para ver los artículos que requieren autorización previa. Estos artículos indicarán si se requiere una autorización previa.

El Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de parte nuestra o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Podemos hacer cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los que su proveedor podría abandonar el plan, pero si su médico o especialista abandonan el plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y a especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle un aviso con al menos 30 días de anticipación para informarle que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que continúe a cargo de sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros le ayudaremos a garantizar que esto no suceda.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que no está recibiendo la atención médica como es debido, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista abandonarán nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a supervisar su atención médica.

Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para trasladar su atención o si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los proveedores. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo. También puede encontrar la lista más actualizada de proveedores en el sitio web de nuestro plan: www.StewardHCGenerations.org.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Usted debe recibir su atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no estará cubierta la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan).

A continuación, se presentan tres excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este servicio y para conocer el significado

de atención médica de emergencia o de atención urgentemente necesaria, lea la Sección 3 de este capítulo.

- Si necesita atención médica que, según disposiciones de Medicare o de AHCCCS (Medicaid), debe estar cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención, podrá recibirla de un proveedor fuera de la red. Se requiere una autorización (llamada una *decisión de cobertura*) para los proveedores fuera de la red; usted o su proveedor deben obtener esta autorización antes de que se brinden los servicios. En esta situación, cubriremos los servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Consulte el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) que tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de parte nuestra o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado.
- Servicios de diálisis de riñón que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de cobertura de servicios del plan.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención de urgencia o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica
--

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si se le presenta una?

Una “**emergencia médica**” es una situación en la que usted, o cualquier persona prudente no especializada, sospecha que tiene síntomas que requieren de atención médica inmediata para no perder la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión grave, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Pida ayuda al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* necesita obtener primero la aprobación o derivación de su PCP.

Asegúrese de que se informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible. Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente en el plazo de 48 horas. La información de contacto de Steward Health Choice Generations se encuentra en la contratapa de este cuadernillo y también en la contratapa de la tarjeta de membresía del plan.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta, siempre que lo necesite, en todo el territorio de los Estados Unidos; usted no está cubierto fuera de los EE.UU. a excepción de circunstancias limitadas. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Si usted tiene una emergencia, consultaremos con los médicos que le proveen atención de emergencia para ayudar a controlar y realizar un seguimiento de la atención que usted recibe. Los médicos que le proveen atención de emergencia decidirán cuando su estado sea estable y la emergencia médica haya concluido.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a realizar visitas de seguimiento para verificar que su estado continúe siendo estable. Las visitas de seguimiento están cubiertas por nuestro plan. Si usted recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

Qué sucede si no se trató de una emergencia médica

A veces es difícil determinar si usted sufre una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría pedir atención de emergencia, creyendo que su salud corre serio peligro, y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que usted no sufrió una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud corría serio peligro, cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que usted *no* sufrió una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe la atención adicional de alguna de las siguientes dos maneras:

- Usted recibe la atención adicional de un proveedor de la red.
- --*O bien*-- La atención adicional que usted recibe se considera “servicios urgentes” y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia
--------------------	--

¿Qué son los “servicios urgentes”?

Los “servicios de urgencia” son los que requiere una enfermedad, lesión o afección médica sin emergencia pero que necesitan de atención médica inmediata. Los servicios urgentes pueden ser proporcionados por proveedores dentro o fuera de la red, cuando los proveedores de la red se

encuentran temporalmente no disponibles o no puede acceder a ellos. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un recrudecimiento de una afección conocida que usted padece.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Debería tratar siempre de obtener servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o no tiene acceso a ellos temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Para localizar un centro de atención de urgencias que se encuentre cerca de su hogar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Los números se encuentran en su tarjeta de identificación de membresía y también en la contratapa de este cuadernillo.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios urgentes que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre los servicios urgentes ni otro tipo de atención médica que usted recibe fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante una catástrofe
--------------------	---

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

Visite el siguiente sitio web: www.StewardHCGenerations.org para obtener más información sobre cómo recibir la atención que necesita durante una catástrofe.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, usted puede adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitar que el plan pague la parte del costo por los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no son cubiertos por nuestro plan?

Steward Health Choice Generations cubre todos los servicios médicos que sean necesarios desde el punto de vista médico, que estén incluidos en la Tabla de beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este cuadernillo), y que se obtengan de conformidad con las normas del plan. Usted es responsable del pago total de servicios no cubiertos por nuestro plan, ya sea porque son servicios no cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red de manera no autorizada.

Si desea consultar si nosotros pagaremos un servicio o atención médica que usted está considerando, usted tiene derecho a consultarnos si cubriremos el servicio antes de recibirlo. También tiene derecho de consultar esto por escrito. Si le informamos que estos servicios no están cubiertos, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o si desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de parte nuestra o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para dicho tipo de servicio cubierto. Si se pasó del límite de beneficios para los servicios, posiblemente sea responsable de pagarlos. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros cuando desee saber la cantidad del límite de beneficios que ya ha usado.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?
--

Un estudio de investigación clínica (también denominado “estudio clínico”) es el medio por el que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos en voluntarios que se ofrecen para ayudar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a analizar la eficacia y seguridad de un nuevo enfoque.

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

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, una de las personas que trabajan en el estudio se comunicará con usted para brindarle más información sobre el estudio y verificar que usted reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Usted puede participar en el estudio, siempre que reúna los requisitos para el estudio y entienda completamente y acepte las condiciones si participa en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos por los servicios que usted recibe como parte del estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir suscrito a nuestro plan y recibir los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si usted desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar su participación en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar de un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) para informar que participará en un ensayo clínico y obtener detalles más específicos de lo que el plan pagará.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿cómo se distribuyen los pagos?

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubiertos los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, entre ellos:

- la habitación y las comidas por internaciones en hospital que Medicare pagaría aún si no se encontrara participando en un estudio;
- una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación;
- tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

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

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: digamos que le hacen una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos para esta prueba es \$20 dentro de Medicare Original, pero la prueba costaría \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nuestro plan pagaría \$10. Lo que significaría que usted pagaría \$10; es decir, la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

A fin de que paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar la solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Cuando participe de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare hubiera cubierto el artículo o servicio aún si usted *no* se encontrara participando en un estudio.
- Artículos y servicios que usted o cualquier participante recibe del estudio sin cargo.
- Artículos o servicios provistos solamente para reunir datos y no aplicados directamente en su atención médica. Por ejemplo, Medicare no pagaría las TC mensuales realizadas como parte del estudio si su afección requiriera normalmente una sola TC.

¿Desea más información?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica al leer la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para conseguir cobertura de atención en una “institución religiosa de salud no médica”

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

Una institución religiosa de salud no médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en una enfermería especializada. Si el recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, proporcionaremos a cambio cobertura para atención en una institución religiosa de salud no médica. Usted podrá optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de salud no médicos). Medicare solo pagará por servicios de salud no médicos provistos por instituciones religiosas de salud no médicas.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención prestada por una institución religiosa de salud no médica cubre nuestro plan?

Para recibir atención en una institución religiosa de salud no médica, usted deberá firmar un documento legal en el que declare que usted conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos “no exceptuados”.

- Atención o tratamientos médicos “no exceptuados” se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, del estado o locales.
- Tratamientos médicos “exceptuados” se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o que *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención que usted recibe de una institución religiosa de salud no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que provee la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos de atención *no religiosos*.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención de hospitalización o centro de enfermería especializada.
 - --y-- debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro o su hospitalización no será cubierta.

También se aplican límites a la cobertura por hospitalización de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1, “Atención hospitalaria”.

SECCIÓN 7 Normas para posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será dueño de su propio equipo médico duradero después de efectuar determinada cantidad de pagos en nuestro plan?
--------------------	---

Equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos para colchones, muletas, suministros para diabetes, dispositivos reproductores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital, que un proveedor ordena para usar en casa. El miembro es dueño de determinados elementos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, mencionamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de DME se hacen propietarios del equipo después de hacer los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Steward Health Choice Generations, usted no se hará propietario del DME alquilado, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME en Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, usted no se hará propietario del DME alquilado, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.

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

Si no adquirió la posesión del artículo de DME mientras está en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos que hizo mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para ser dueño del artículo. No hay excepciones en caso de que regrese a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que debe pagar)

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que debe pagar)

SECCIÓN 1	Comprensión de sus costos en efectivo para servicios cubiertos	61
Sección 1.1	Tipos de costos en efectivo que puede tener que hacer por los servicios cubiertos	61
Sección 1.2	¿Cuál es el deducible de su plan?	61
Sección 1.3	Nuestro plan también tiene un deducible individual para cierta clase de servicios	62
Sección 1.4	¿Cuál es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?	62
Sección 1.5	Nuestro plan no permite que los proveedores le realicen una “facturación de saldos”	63
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios</i> para averiguar qué servicios están cubiertos y cuánto pagará por ellos.....	64
Sección 2.1	Beneficios médicos y costos que posee como miembro del plan.....	64
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Steward Health Choice Generations?	105
Sección 3.1	Servicios no cubiertos por Steward Health Choice Generations.....	Error! Bookmark not defined.
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	104
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan	104

SECCIÓN 1 Comprensión de sus costos en efectivo para servicios cubiertos

Este capítulo se concentra en los servicios que están cubiertos y lo que debe pagar por ellos. Se incluye la Tabla de beneficios que proporciona una lista de sus servicios cubiertos y le indica la cantidad que usted pagará por cada servicio cubierto como miembro de Steward Health Choice Generations. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Tipos de costos en efectivo que puede tener que hacer por los servicios cubiertos

A fin de comprender la información de pago presente en este capítulo, debe conocer los tipos de costos en efectivo que puede que pague por los servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2 encontrará más información sobre el deducible de su plan). (En la Sección 1.3 encontrará más información sobre los deducibles de ciertas categorías de servicios).
- Un “**copago**” es la cantidad fija que paga cada vez que recibe un servicio médico determinado. Debe pagar un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios en la Sección 2, se proporciona más información acerca de los copagos).
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios en la Sección 2, se proporciona más información acerca del coseguro).

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

El deducible es \$0 o \$183 durante 2018. Estos montos pueden cambiar en 2019. Se trata del monto a su cargo que debe pagar en efectivo antes de que nosotros paguemos nuestra parte de los servicios médicos cubiertos. Hasta que pague el monto del deducible, deberá pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte, es decir el monto de copago o de coseguro que deba pagar durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que nosotros pagaremos nuestra parte del costo de esos servicios, incluso si usted aún no pagó el deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Atención de emergencia
- Exámenes de la vista de rutina/Anteojos (Suplementario)
- Exámenes de audición de rutina/Ajustes de audición/Audífonos (Suplementario)

- Servicios de salud domiciliaria
- Paciente internado por cuadro agudo
- Paciente internado psiquiátrico
- Comidas (Suplementario)
- Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Medicamentos de venta libre (Suplementario)
- Servicios preventivos
- Servicios dentales preventivos/generales (Suplementario)
- Establecimiento de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)
- Servicios de urgencia

Si es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, no tendrá un deducible.

Sección 1.3	Nuestro plan también tiene un deducible individual para cierta clase de servicios
--------------------	--

El plan tiene un monto deducible anual para las siguientes clases de servicios:

- El monto del deducible anual por Atención hospitalaria es \$0 o \$1,340 en los días 1 a 60, según su nivel de elegibilidad para Medicaid (el monto de 2018, que es \$1,340, puede cambiar para 2019). Hasta que pague el monto del deducible, deberá pagar el costo total de la Atención hospitalaria. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios y usted pagará su parte, (el monto de copago) durante el resto del período de beneficios.
- El monto del deducible anual por Cuidado de la salud mental para pacientes internados es \$0 o \$1,340 en los días 1 a 60, según su nivel de elegibilidad para Medicaid (el monto de 2018, que es \$1,340, puede cambiar para 2019). Hasta que pague el monto del deducible, deberá pagar el costo total de la Atención hospitalaria. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios y usted pagará su parte, (el monto de copago) durante el resto del período de beneficios.

Si es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no tendrá un deducible.

Sección 1.4	¿Cuál es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?
--------------------	---

Nota: como nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan alguna vez este máximo de gastos a su cargo. Si es elegible para la ayuda con los costos

compartidos de Medicare bajo Medicaid, no será responsable de desembolsar lo que le corresponde del monto máximo de desembolso directo para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.

Dado que está inscrito en el Plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad que debe desembolsar de su bolsillo anualmente por los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Ese límite se denomina suma máxima de pagos a su cargo por los servicios médicos.

Como miembro de Steward Health Choice Generations, el máximo que pagará de costos en efectivo por los servicios de la Parte A y la Parte B en 2019 es \$6,700. Los montos que paga por los deducibles, copagos y el coseguro que abona por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de desembolso. Los montos que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no se acumulan en el monto máximo en efectivo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se acumulan en el monto máximo en efectivo. Dichos servicios se marcan con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de desembolso de \$6,700, no deberá pagar ningún otro gasto en efectivo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que AHCCCS (Medicaid) u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.5	Nuestro plan no permite que los proveedores le realicen una “facturación de saldos”
--------------------	--

Por ser miembro de Steward Health Choice Generations, una protección importante con la que cuenta es que después de que alcanza el deducible, solo debe pagar el monto compartido cuando obtiene servicios que están cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominado “facturación de saldos”. Esta protección (que solo pagará por sus costos de distribución) aplica aún si el plan pagara al proveedor un costo menor por los servicios referidos y, aunque exista una queja, el plan no pagará más por dichos servicios.

Así funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solamente pagará esa cantidad por los servicios cubiertos que ofrece un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del total de cargos), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo dependerá de la clase de proveedor al que vea:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, deberá pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se establece en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que está fuera de la red pero que participa de Medicare, deberá pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan

- cubre servicios de proveedores que no están en la red solamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una derivación).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que está fuera de la red y que no participa de Medicare, deberá pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores que no están en la red solamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una derivación).
 - Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

No permitimos a los proveedores que le facturen a usted servicios que están cubiertos. Pagamos directamente a nuestros proveedores, así lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos que los cargos que ese proveedor tiene para un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios* para averiguar qué servicios están cubiertos y cuánto pagará por ellos

Sección 2.1 Beneficios médicos y costos que posee como miembro del plan

En la Tabla de beneficios de las siguientes páginas se enumeran los servicios que cubre Steward Health Choice Generations y el monto que usted debe desembolsar por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios son cubiertos solamente cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que recibe cubiertos por Medicare deben prestarse según las normas de cobertura establecidas por Medicare.
- Y nuestros servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben ser necesarios* desde el punto de vista médico. “Necesario desde el punto de vista médico” se refiere a que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, se proporciona más información sobre los requisitos para usar los proveedores de la red y las situaciones en las que nuestro plan cubrirá los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Su atención médica es provista y supervisada por un proveedor de atención primaria (un PCP)
- Algunos servicios indicados en la Tabla de beneficios son cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación anticipada (a veces denominada “autorización previa”) de parte nuestra. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios.

Otros puntos importantes sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid). Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. (AHCCCS) Medicaid cubre los costos compartidos por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo u otros servicios exclusivos de AHCCCS (Medicaid). .
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2019*. Véalo en línea en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo alguno por Original Medicare, nosotros también los ofrecemos sin costo. Sin embargo, si además es tratado o controlado por una afección médica preexistente durante la visita en la que recibe servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Algunas veces, Medicare aumenta la cobertura bajo el Original Medicare para los nuevos servicios durante el año. Si Medicare aumenta la cobertura por cualquier servicio durante el año 2019, ni Medicare ni nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de 6 meses que tiene nuestro plan en concepto de elegibilidad continuada, nosotros seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período no seguiremos cubriendo los beneficios de AHCCCS (Medicaid) que estén incluidos bajo el Plan Estatal de AHCCCS (Medicaid), ni pagaremos los costos compartidos de Medicare por los cuales el estado sería responsable. Los montos de los costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período. Los montos de los costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Si usted reúne los requisitos para recibir la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no pagará nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura que se describen más arriba.

 Usted verá la figura de una manzana al lado de los servicios de prevención descritos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación por parte de su médico, el asistente de su médico, una enfermera profesional o una enfermera clínica especializada.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Entre los servicios de ambulancia cubiertos se incluyen los de ala fija, ala rotatoria y terrestre hasta el establecimiento adecuado más cercano que pueda proporcionar atención solo si prestan servicios a un afiliado cuyo estado de salud sea tal que otros medios de transporte puedan poner en peligro la salud de la persona, o si es autorizado por el plan. El transporte en ambulancia que no es de emergencia es apropiado si se documenta que el estado de salud del afiliado es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico. 	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los montos de costos compartidos dependen de su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p> <p>Los costos compartidos se aplican a los viajes de ida.</p> <p>Se exige autorización previa únicamente para transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si usted ha estado en la Parte B durante más de 12 meses, puede recibir una visita de bienestar anual para mejorar o actualizar un plan de prevención personalizado según su situación actual de salud y los factores de riesgo. Tiene cobertura una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: su primera visita de bienestar anual no se puede realizar en el plazo de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto por las visitas de bienestar anual una vez que ha estado en la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para personas calificadas (por lo general, son personas con riesgo de perder masa ósea o desarrollar osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia, si es necesario desde el punto de vista médico: procedimientos para determinar la masa ósea, detectar la pérdida de hueso o determinar la calidad del hueso, además de la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Control de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años;• una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años;• exámenes clínicos de senos cada 24 meses.	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación están cubiertos para miembros que cumplen con determinados requisitos y con derivación de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para los servicios.</p>
<p> Visitas para la reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia de enfermedad cardiovascular)</p> <p>El plan cubrirá una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede indicarle la toma de aspirinas (si corresponde), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que tenga una dieta balanceada.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular y terapia conductual intensiva.</p>
<p> Examen de detección de enfermedad cardiovascular</p> <p>Pruebas de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o patologías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses)</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de enfermedad cardiovascular cubiertas una vez cada 5 años.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Evaluación de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y las exploraciones ginecológicas están cubiertas una vez cada 24 meses.• Si tiene un alto riesgo de desarrollar cáncer vaginal o del cuello uterino o está en edad fértil y los resultados del Papanicolaou fueron anormales en los últimos 3 años: un Papanicolaou cada 12 meses.	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<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 subluxaciones.	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para los servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• sigmoidoscopia flexible (o detección por enema de bario como alternativa), cada 48 meses. <p>Uno de los siguientes, cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• prueba Guaiac de sangre oculta en materia fecal (gFOBT);• prueba inmunológica fecal (FIT). <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• detección por colonoscopia (o detección por enema de bario como alternativa), cada 24 meses. <p>Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en el plazo de 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección.	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por el examen de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>En el caso de los enemas de bario, usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>Generalmente, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:</p> <p>generalmente, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:</p> <p>Servicios preventivos:*</p> <ul style="list-style-type: none">• dos exámenes orales por año, uno cada 6 meses;• dos profilaxis (limpiezas) por año, una cada 6 meses;• una radiografía dental por año, que consiste en una de las siguientes:<ul style="list-style-type: none">○ una radiografía de aleta de mordida o radiografía simple; O○ una radiografía de toda la boca (FMX, por sus siglas en inglés), que también se conoce como radiografía panorámica. La radiografía completa/panorámica solo se permite una vez cada 36 meses.• El examen y la limpieza deben realizarse en la misma visita preventiva en el consultorio. Las radiografías deben hacerse durante la visita preventiva en el consultorio. <p>Servicios integrales:*</p> <ul style="list-style-type: none">• incluyen servicios de diagnóstico que no sean de rutina, servicios de restauración y servicios de endodoncia, periodoncia y extracciones. <p>SIN COBERTURA: odontología protésica (incluye restauración dental y facial con tratamiento cosmético, implantes dentales, puentes, dentaduras y procedimientos para restaurar la articulación temporomandibular).</p>	<p>Usted paga 0% o 20% del costo cubierto por Medicare. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p> <p>Copago de \$0 por servicios preventivos e integrales complementarios.</p> <p>El límite de cobertura del plan es de \$2,500 por año calendario para todos los servicios odontológicos combinados.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de depresión una vez al año. El control se debe realizar en un centro de atención primaria que pueda brindar un tratamiento de seguimiento y derivaciones.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por la visita anual de examen de depresión.</p>
<p> Examen de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen (incluye las pruebas de glucosa) si presenta algunos de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial anormal en los niveles de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o un historial de azúcar elevada en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede reunir los requisitos para hasta dos evaluaciones de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar el nivel de glucosa en la sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras de prueba de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras de prueba y del monitor.• Para pacientes diabéticos con pie diabético severo: un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida, por año calendario (incluidos suplementos con tales zapatos) y dos pares de suplementos adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de suplementos (no se incluyen los suplementos no hechos a la medida removibles que se proporcionan con esos zapatos). La cobertura incluye la adaptación a medida.• La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones.	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Si el médico le brinda servicios relacionados con la diabetes, además de los mencionados aquí, se les pueden aplicar costos compartidos por separado de 0% o 20% del costo.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos necesarios desde el punto de vista médico y cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor de su área no cuenta con una marca o fabricante particular, podrá solicitar al proveedor una orden especial para usted.</p> <p>Por lo general, Steward Health Choice Generations cubre el costo de cualquier equipo médico duradero que esté cubierto por Original Medicare, de las marcas y fabricantes que figuran en esta lista. No cubriremos otras marcas o fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es la adecuada por sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en Steward Health Choice Generations y usa una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, le cubriremos esa marca hasta por 90 días. Durante ese plazo, debe hablar con su médico para decidir qué marca será la adecuada para usted una vez terminado el período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle una derivación para recibir una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor respecto del producto o la marca que considera apropiada para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos).</i>)</p>	<p>Usted paga \$0 o 20 % del monto aprobado por Medicare.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para los servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son ofrecidos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia y • son necesarios para evaluar o estabilizar un cuadro médico de emergencia. <p>Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier persona prudente no especializada, sospecha que tiene síntomas que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de vida, la pérdida de un miembro o la pérdida de sus funciones. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión grave, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que se proveen fuera de la red es el mismo que para dichos servicios provistos dentro de la red.</p>	<p>Usted paga \$0 o 20 % del costo hasta \$90 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p> <p>Si es hospitalizado de inmediato, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de urgencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su afección se haya estabilizado, debe dirigirse a un hospital que esté dentro de la red para continuar recibiendo cobertura <i>O</i> debe recibir dicha atención hospitalaria en un hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para la audición</p> <p>Las evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Por evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio cubiertas por Original Medicare, usted paga 0% o 20% del costo.</p> <p>Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Es posible que AHCCCS (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p>
<p>Servicios de audición (Suplementario)*</p>	<p>Copago \$0 en los servicios complementarios de audición</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 examen de audición de rutina por año• 1 audífono y 1 adaptación cada 3 años. <p>Monto máximo de los beneficios del plan de \$1500 cada tres años para audífono y adaptación del audífono.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de VIH o que tienen un alto riesgo de contraer el VIH, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• un examen de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Atención en una agencia de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir cualquier servicio de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicio de atención médica en el hogar y ordenará dicho servicio para que sea provisto por una agencia de salud en el hogar. Debe de estar confinado; es decir, dejar su domicilio debe representar un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio de medio tiempo o intermitente. (Para estar cubierto por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana);• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;• servicios sociales y médicos;• equipos y suministros médicos.	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para los servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted califica para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal en el que se certifica que usted es un enfermo terminal y que tiene, como máximo, 6 meses de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• medicamentos para control de los síntomas y alivio del dolor;• atención de relevo a corto plazo;• atención a domicilio. <p><u>Para los servicios paliativos y los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Original Medicare por los servicios que debiera pagar.</p>	<p>Al afiliarse a un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal se pagan con Original Medicare, no con Steward Health Choice Generations.</p> <p>0% o 20% del monto aprobado por Medicare por servicios de consulta a centros de cuidados paliativos que estén cubiertos por Medicare.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare no relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Si necesita servicios sin asistencia de emergencia o servicios sin asistencia de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su enfermedad terminal, los costos por dichos servicios variarán si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si recibe los servicios cubiertos por un proveedor de la red, solo pagará nuestro monto de costo de distribución por los servicios dentro de la red.• Si recibe los servicios cubiertos por un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido basado en el Pago por Servicio de Medicare (Original Medicare) <p><u>En el caso de los servicios que están cubiertos por Steward Health Choice Generations, pero no por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Steward Health Choice Generations continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén incluidos en la Parte A o la Parte B, ya sea que estos estén relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Pagará su parte del costo del plan por dichos servicios.</p> <p><u>En el caso de medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el cuidado paliativo y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)</p> <p>Nota: si necesita cuidados no paliativos (cuidados no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para una persona que sufre una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Entre los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none">• vacuna contra la neumonía;• vacunas antigripales, una en cada temporada de gripe (otoño e invierno) más vacunas antigripales adicionales, si son necesarias según criterio médico;• vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B;• otras vacunas, si corre algún riesgo y cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria</p> <p>Incluye hospitalización por cuadro agudo, rehabilitación durante la hospitalización, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes internados. La atención hospitalaria comienza el día en que el paciente es internado formalmente en el hospital por indicaciones del médico. El día anterior al alta es el último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuarto semiprivado (o cuarto privado si es necesario desde el punto de vista médico); • comidas, incluidas dietas especiales; • servicios de enfermería de rutina; • costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios); • fármacos y medicamentos; • pruebas de laboratorio; • radiografías y otros servicios de radiología; • suministros quirúrgicos y médicos necesarios; • uso de aparatos, como sillas de ruedas; • gastos de quirófano y habitación de recuperación; • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje; • servicios por abuso de sustancias como paciente internado. 	<p>Usted paga:</p> <p>\$1,340 de deducible por cada período de beneficios</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de coseguro por cada período de beneficios</p> <p>Días 61 al 90: \$335 de coseguro por cada día de cada período de beneficios</p> <p>Después del día 91: \$670 de coseguro por cada "día de reserva vitalicia" después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida)</p> <p>Después de los días de reserva vitalicia: todos los costos</p> <p>Estos montos pueden cambiar en 2019.</p>

Atención hospitalaria (continuación)

- En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que determinará si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por asistir de manera local, siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Steward Health Choice Generations brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.
- Sangre, incluidas su conservación y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza a regir solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año calendario, o recibir sangre donada por usted o un tercero. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada
- Servicios de médicos

Nota: para poder internarse, su proveedor debe enviar una orden de internación escrita para ingresarlo formalmente como paciente del hospital. Aunque pase la noche en el hospital, seguirá siendo considerado un paciente “ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe consultar con el personal del hospital.

Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.

No le cobrarán una distribución de costos adicional por los servicios profesionales. Un período de beneficios comienza el día que usted ingresa como paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted haya dejado de recibir atención hospitalaria (o en un establecimiento de enfermería especializada) durante 60 días seguidos. Si acude a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por hospitalización por cada período de beneficio. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.

Salvo en caso de emergencia, su médico debe indicarle con qué plan ingresará al hospital.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o 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 gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Si usted recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su cuadro de emergencia, el monto de costo compartido que le corresponde pagar es el que usted debería pagar en un hospital dentro de la red.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para los servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren internación en hospital• Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención de salud mental como paciente internado no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.• Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización.• Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es mayor que 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado esos días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días.	<p>Usted paga:</p> <p>\$1,340 de deducible por cada período de beneficios</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de coseguro por cada período de beneficios</p> <p>Días 61 al 90: \$335 de coseguro por cada día de cada período de beneficios</p> <p>Después del día 91: \$670 de coseguro por cada "día de reserva vitalicia" después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días durante su vida)</p> <p>Después de los días de reserva vitalicia: todos los costos</p> <p>Estos montos pueden cambiar en 2019.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>No le cobrarán una distribución de costos adicional por los servicios profesionales.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>Un período de beneficios comienza el día que usted ingresa como paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted haya dejado de recibir atención hospitalaria (o en un SNF) durante 60 días seguidos. Si acude a un hospital o a un SNF después de que haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por hospitalización por cada período de beneficio. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.</p> <p>Salvo en caso de emergencia, su médico debe indicarle con qué plan ingresará al hospital.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para los servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Hospitalización: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación no cubierta</p> <p>Si se le han acabado los beneficios de hospitalización o si la internación no es razonable y necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibirá durante su estadía en el hospital o una institución de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios médicos; • exámenes de diagnóstico (como pruebas de laboratorio); • terapia con rayos x, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios de técnicos; • vendajes quirúrgicos; • férulas, yesos y otros servicios que se usan para consolidar fracturas y dislocaciones; • dispositivos protésicos y ortopédicos (no odontológicos) que se utilizan para reemplazar la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa, incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos; • dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente; • fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. 	<p>0 % o 20 % del costo</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada.</p> <p>Todos los montos de costos compartidos dependen de su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Es posible que AHCCCS (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago. Excepto en una emergencia, el médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para los servicios.</p>
<p>Beneficio de comidas (Suplementario)*</p> <p>Este programa tiene un diseño exclusivo para mantenerlo fuerte y sano mientras se recupera después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF).</p>	<p>\$0 de copago por hasta 10 comidas por internación, una vez por año calendario, inmediatamente después de una hospitalización.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedades renales (riñones) pero sin diálisis o después de un trasplante renal, cuando su médico lo derive.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicio de orientación individual durante el primer año que recibe terapia de nutrición médica por Medicare (este incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año a partir del segundo año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, podría recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su derivación anualmente si el tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica en nutrición cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada del cambio de comportamiento de salud que proporciona capacitación práctica para realizar cambios en la dieta a largo plazo, aumentar la actividad física y desarrollar estrategias de resolución de problemas con el fin de superar los desafíos, mantener la pérdida de peso y lograr un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• medicamentos que generalmente el paciente no se administra a sí mismo y que se inyectan mientras recibe servicios médicos, hospitalización ambulatoria o servicios en centros de cirugía ambulatorios;• medicamentos administrados por medio de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan;• factores de coagulación que usted se autoinyecta si es hemofílico;• medicamentos inmunosupresores, si se inscribió en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos;• medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en su domicilio, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento;• antígenos;• ciertos medicamentos oncológicos orales y antieméticos;• ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit® o Aranesp®);• inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se detalla en el Capítulo 6.</p>	<p>Para los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B que obtiene en el consultorio del médico o la farmacia, usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p> <p>Para los medicamentos recetados cubiertos por la Parte B que obtiene en un entorno hospitalario ambulatorio, usted paga los montos de copago de la Parte D. Los montos de copago se explican en el Capítulo 6.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para los servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección y terapia de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa muscular de 30 o más, cubriremos los servicios de asesoría intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta orientación tiene cobertura si la recibe durante la atención primaria, en la que se podrá coordinar un plan de prevención integral. Hable con su médico de cabecera o un médico general para averiguar más al respecto.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por la detección y la terapia preventivas de la obesidad.</p>
<p>Exámenes de diagnóstico ambulatorio y servicios terapéuticos y suministros</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• radiografías;• radioterapia, curiterapia y terapia isotópica incluye materiales y servicios de técnicos;• suministros quirúrgicos, como apósitos;• férulas, yesos y otros servicios que se usan para consolidar fracturas y dislocaciones;• pruebas de laboratorio;• sangre, incluidas su conservación y administración. <p>La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza a regir solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año calendario, o recibir sangre donada por usted o un tercero. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 0% o 20% del costo de las pruebas de diagnóstico cubiertas y que no sean pruebas de laboratorio ni radiografías.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para estos servicios.</p> <p>No es necesaria autorización previa para los servicios de radiografía.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que reciba en el área ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• servicios en el área de emergencia o de clínica ambulatoria, como los servicios de observación o de cirugía ambulatoria;• pruebas de diagnóstico y laboratorio facturados por el hospital;• atención de salud mental, que incluye la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que el tratamiento de internación sería necesario sin él;• radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital;• suministros médicos, como férulas y yesos;• ciertos medicamentos o sustancias biológicas que no se puede autoadministrar. <p>Nota: salvo que el proveedor haya redactado una orden para ingresarlo como paciente en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, seguirá siendo considerado un paciente “ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente hospitalizado, debe consultar con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet, en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o 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 gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para estos servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental del paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, practicante de enfermería, asistente médico u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes del estado.</p>	<p>Usted paga 0% o 20% del costo de cada visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p>
<p>Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proporcionan en diferentes establecimientos ambulatorios, como divisiones ambulatorias de un hospital, consultorios de un terapeuta independiente e Instalaciones de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Usted paga \$0 o 20 % del Costo por sesión individual o grupal.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para estos servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>El plan pagará los servicios ambulatorios por abuso de sustancias que sean médicamente razonables y necesarios cuando se administren en los siguientes establecimientos: consultorio del médico y hospitales ambulatorios. En estos establecimientos, los proveedores evalúan e identifican a los individuos en riesgo o con problemas relacionados con el abuso de sustancias y brindan intervenciones y tratamiento limitado.</p>	<p>Usted paga \$0 o 20 % del monto aprobado por Medicare por cada sesión ambulatoria, individual o grupal.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y en centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: si se va a someter a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si se hará en forma ambulatoria o con hospitalización. Salvo que el proveedor haya dado la orden de ingresarlo como un paciente en el hospital, será un paciente ambulatorio y pagará los costos compartidos por cirugía ambulatoria. Aunque pase la noche en el hospital, seguirá siendo considerado un paciente “ambulatorio”.</p>	<p>Usted paga \$0 o 20 % del costo.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para estos servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Beneficios de medicamentos de venta libre (OTC) (Suplementario)*</p> <p>Los artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) que están cubiertos por este beneficio están limitados a artículos que son consistentes con las pautas del CMS, tal como se encuentran en el catálogo de OTC que se entrega a los miembros.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Las compras de artículos de venta libre u OTC se llevan a cabo por medio del catálogo, a menos que se especifique lo contrario en el catálogo.	<p>Asignación de \$100 por trimestre (cada tres meses)</p> <p>No tiene costo de envío.</p> <p>Los importes trimestrales que no se utilizan no se acumulan para el siguiente trimestre.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, proporcionado como un servicio hospitalario ambulatorio o por parte de un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención que puede recibir en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la internación en el hospital.</p>	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para estos servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• servicios de cirugía o de atención necesarios desde el punto de vista médico realizados en un consultorio médico, un Centro de Cirugía Ambulatorio certificado, área ambulatoria hospitalaria o cualquier otro lugar;• consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista;• exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista, si su médico se los ordena para evaluar si necesita tratamiento médico;• ciertos servicios de telesalud, incluidos consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista o médico general para los pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobados por Medicare;• una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía;• atención odontológica no considerada de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que serían cubiertos cuando sean provistos por un médico).	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los montos de costos compartidos dependen de su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Es posible que AHCCCS (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Las visitas a su proveedor de atención primaria (PCP) y a los especialistas no necesitan de autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• diagnóstico y tratamiento quirúrgico o médico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón);• cuidados del pie de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	<p>En el caso de atención necesaria desde el punto de vista médico:</p> <p>Usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>En un entorno hospitalario ambulatorio, usted también paga un copago por un tratamiento médicamente necesario.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Se podrán aplicar reglas de autorización.</p>
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes, cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• examen rectal digital;• examen de Antígeno Prostático Específico (PSA, por sus siglas en inglés).	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por el examen de PSA anual.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de la estructura o función del cuerpo. Incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros relacionados directamente con los cuidados de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico tras una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de los dispositivos. También se incluye cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; para obtener más información consulte “Cuidados de la Vista” más adelante en esta sección.</p>	<p>Usted paga 0% o 20% del costo de los suministros protésicos y médicos.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para estos servicios.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) de moderada a crónica y una derivación para el servicio de rehabilitación pulmonar por parte del médico especialista en enfermedades respiratorias crónicas.</p>	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para estos servicios.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección y orientación para reducir el uso indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos la detección del uso indebido de alcohol en adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que hacen mal uso del alcohol, pero que no son bebedores alcohólico dependientes.</p> <p>Si su examen da positivo para el uso de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones de orientación personalizada breves al año (si usted está competente y alerta durante la orientación) provistas por un médico de atención primaria calificado o un profesional médico en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de detección y consejería para reducir el uso indebido de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Evaluación para cáncer pulmonar con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para los individuos que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: personas de entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de fumar al menos 30 paquetes de tabaco por año o que fuman en la actualidad y que han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que reciben un pedido escrito para una LDCT durante una asesoría de evaluación para cáncer pulmonar y una consulta de toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que está provista por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>En el caso de los exámenes de detección LCDT de cáncer de pulmón:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para que le realicen un examen de detección LDCT de cáncer de pulmón, que puede obtenerse durante cualquier consulta apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por brindar una asesoría sobre una evaluación sobre cáncer pulmonar y una consulta de toma de decisiones compartida para evaluaciones de cáncer pulmonar con LDCT subsiguientes, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisiones compartida cubiertas por Medicare, o para la LDCT.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y orientación para prevenir las ETS</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas también están cubiertas para las embarazadas y para ciertas personas que están en alto riesgo de contraer una ETS, siempre que las pruebas sean ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones por año de orientación personalizada del comportamiento, de alta intensidad, de 20 a 30 minutos de duración para adultos sexualmente activos y en alto riesgo de contraer ETS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si estas son provistas por un proveedor de atención médica primaria y se llevan a cabo en un establecimiento de atención médica primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de detección de ETS y asesoría sobre ETS cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de educación para las enfermedades del riñón enseñan cómo cuidar el riñón y ayuda a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. Para los miembros con enfermedad renal crónica en la fase IV que son referidos por su médico, cubriremos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedad renal de por vida.• Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de servicios, como se explica en el Capítulo 3).• Los tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se hospitaliza para recibir atención especial).• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio).• Equipos y suministros para diálisis en el domicilio.• Ciertos servicios de soporte a domicilio (como, cuando es necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Usted paga el 0% o el 20% del costo.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para obtener una definición de “Atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• cuarto semiprivado (o cuarto privado si es necesario desde el punto de vista médico);• comidas, incluidas dietas especiales;• servicios de enfermería especializada;• fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;• los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de cuidados. (Esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como factores de la coagulación.);• sangre, incluidas su conservación y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza a regir solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año calendario, o recibir sangre donada por usted o un tercero. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada• suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF;• pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF;• radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF;• uso de aparatos como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF;• servicios de médicos/profesionales. <p>En general, usted recibirá atención SNF de los centros de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones, como las que se enumeran a continuación, podrá recibir atención de un centro que no sea proveedor de la red si el centro acepta los montos de pago establecidos por nuestro plan.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Usted paga:</p> <p>Días 1 al 20: \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 21 al 100: \$167.50 de coseguro por día de cada período de beneficios.</p> <p>A partir del día 101: todos los costos.</p> <p>Estos montos pueden cambiar en 2019.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando deje de recibir atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Un centro de cuidados o comunidad de retiro de cuidados continuos donde usted vivía inmediatamente antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada)• Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted deja el hospital	<p>Si va al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Debe pagar el deducible por hospitalización por el período de beneficio. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.</p> <p>Se pueden aplicar normas de autorización para estos servicios.</p>
<p> Programa para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar y de consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubriremos dos intentos de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses, como servicio de prevención, sin costo alguno. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco, o si toma medicamentos que podrían verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubriremos dos intentos de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Sin embargo, usted pagará el costo compartido que corresponda. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Fisioterapia supervisada (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que tengan arteriopatía periférica (PAD) sintomática y una derivación para PAD emitida por el médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Están cubiertas hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estar compuesto por sesiones de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa integral de ejercicios terapéuticos contra la PAD en pacientes con claudicación; • llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico; • ser provisto por personal auxiliar calificado, necesario para garantizar que los beneficios sean mayores que los daños; y que estén capacitados en fisioterapia en casos de PAD; • estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o una enfermera profesional o enfermera clínica especializada, que deben estar capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>Se puede cubrir el programa SET más allá de las 36 sesiones en el plazo de 12 semanas durante un período adicional de 36 sesiones en un plazo extendido, si es que el proveedor de atención médica lo considera necesario.</p>	<p>Usted paga \$0 o 20 % del costo.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista y sin emergencia, o que requiere de atención médica inmediata. Los servicios urgentes pueden ser proporcionados por proveedores dentro o fuera de la red, cuando los proveedores de la red se encuentran temporalmente no disponibles o no puede acceder a ellos.</p> <p>El costo compartido de los servicios urgentes que se proveen fuera de la red es el mismo que para dichos servicios provistos dentro de la red.</p>	<p>Usted paga \$0 o 20 % del costo hasta \$65 por servicios de urgencias cubiertos por Medicare.</p> <p>Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.</p>



Atención de la vista

Los servicios cubiertos incluyen:

- Los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista, incluye el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) por uso de anteojos o lentes de contacto.
- En el caso de los pacientes con alto riesgo de sufrir glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen un riesgo alto de sufrir de glaucoma son, entre otras: personas con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años.
- Para las personas con diabetes, la evaluación para retinopatía diabética se cubre una vez por año.
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de lentes intraoculares. (Si se le practican dos operaciones de cataratas distintas no puede reservarse el derecho después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).

En el caso de atención necesaria desde el punto de vista médico cubierta por Original Medicare:

Usted paga 0% o 20% del costo por cada examen cubierto por Original Medicare para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares (incluido un examen anual de detección de glaucoma).

En un entorno hospitalario ambulatorio, usted también paga un copago. Usted paga el 0% o el 20% del monto aprobado por Medicare para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Original Medicare después de una cirugía de cataratas.

Todos los costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). AHCCCS Es posible que (Medicaid) también requiera que pague un monto adicional de copago.

Servicio de examen de rutina de la vista y anteojos o lentes de contacto:

copago \$0.

Atención de la vista (Suplementario)*

- Un examen de ojos de rutina por año
- \$325 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto cada año.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita de prevención de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre una visita de prevención de “Bienvenida a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios de prevención que necesita (incluidas determinadas evaluaciones y vacunas), además de derivaciones para atención posterior si fuera necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” en el plazo de los primeros 12 meses de membresía de la Parte B de Medicare únicamente. Cuando fije su cita, diga a su médico que le gustaría programar su examen preventivo de bienvenida a Medicare.</p>	<p>No se paga coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Steward Health Choice Generations?

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Steward Health Choice Generations

Los siguientes servicios no están cubiertos por Steward Health Choice Generations pero están disponibles por medio de Medicaid:

- Servicios de transporte
- Cuidados paliativos Servicios comunitarios y en el hogar
- Servicios de intérprete para visitas médicas
- Servicios de atención a largo plazo

Para más información sobre Medicaid, llame al (855) HEA-PLUS, (855) 432-7587, TTY (800) 367-8939, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Para acceder a la dirección de correo y la información del sitio web de AHCCCS (Medicaid), consulte el Capítulo 2, Sección 6, en la portada de este cuadernillo.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios no cubiertos por el plan

En esta sección le informamos qué servicios están "excluidos". Excluido significa que el plan no cubre esos servicios.

En la siguiente lista se describen algunos servicios y artículos que no se encuentran cubiertos por el plan bajo ninguna condición o que están cubiertos por el plan únicamente bajo condiciones específicas.

Nosotros no pagaremos por los servicios médicos excluidos que figuran en la lista, a excepción de las condiciones específicas que se detallan. La única excepción: pagaremos si, por decisión de una apelación, se determina que un beneficio especificado en la lista a continuación es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar decisiones que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3, de este cuadernillo).

Todas las exclusiones o limitaciones a los servicios están descritas en la Lista de beneficios o en la siguiente lista.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipamiento y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare consideran que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario
Artículos personales en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	✓	

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio	✓	
*El cuidado de custodia es un servicio de atención provisto en un centro de cuidados, centro de cuidados paliativos u otra institución, en caso de que no requiera atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas limpieza ligera o preparación de comidas básicas.	✓	
Los honorarios cobrados en concepto de atención por sus familiares directos o personas que viven en su casa	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en casos de lesiones accidentales o para la mejoría del funcionamiento de un miembro deformado del cuerpo • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica
Atención dental de rutina, como limpieza, restauraciones o prótesis dentales		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Steward Health Choice Generations ofrece un beneficio dental adicional. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.1 de este capítulo: “Servicios dentales”.</p>

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Atención dental que no sea de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La atención dental que no sea considerada de rutina, necesaria para el tratamiento de enfermedades o lesiones, puede estar cubierta para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Steward Health Choice Generations ofrece un beneficio dental adicional. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.1 de este capítulo: “Servicios dentales”.</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones está cubierta.</p>
Atención de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se brinda una cierta cobertura limitada, según las pautas de Medicare, p.ej., si usted padece diabetes.</p>
Calzado ortopédico		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si el calzado es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y está incluido en el costo del dispositivo, o el calzado para personas con pie diabético.</p>
Dispositivos de apoyo para el pie.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas con pie diabético</p>

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar audífonos		<p style="text-align: center;">✓</p> Steward Health Choice Generations ofrece un beneficio adicional de audición. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.1 de este capítulo: “Audición”.
Exámenes de rutina de la vista, anteojos, queratometría radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.		<p style="text-align: center;">✓</p> Un examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas. Steward Health Choice Generations ofrece un beneficio adicional para la vista. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.1 de este capítulo: “Atención de la vista”
Reversión de procedimientos de esterilización y dispositivos anticonceptivos no recetados	✓	
Acupuntura	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*Los cuidados custodiales consisten en una atención personal que no requiere de la atención continua de personal paramédico o médico capacitado; por ejemplo, ayuda en actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

*Uso de la cobertura del plan para
sus medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	112
Sección 1.1	En este capítulo se describe su cobertura para medicamentos de la Parte D	112
Sección 1.2	Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan...	113
SECCIÓN 2	Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	114
Sección 2.1	Para que su receta médica sea cubierta, utilice una farmacia de la red	114
Sección 2.2	Encontrar farmacias de la red	114
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan	115
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	116
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?.....	116
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	117
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	117
Sección 3.2	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	119
SECCIÓN 4	Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos	119
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	119
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	120
Sección 4.3	¿Alguna de las siguientes restricciones se aplica a sus medicamentos?	121
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si sus medicamentos no están cubiertos como usted quiere?	121
Sección 5.1	Existen algunas cosas que puede hacer si sus medicamentos no están cubiertos como usted quiere	121
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?.....	122
SECCIÓN 6	¿Qué ocurre si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?	124
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	124
Sección 6.2	¿Qué ocurre si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?	124

SECCIÓN 7	¿Qué tipo de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	126
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	126
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía en el plan cuando surta una receta médica	127
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	127
Sección 8.2	¿Qué sucede si no trae la tarjeta de membresía?	128
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	128
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada con una hospitalización cubierta por el plan?	128
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un establecimiento de atención a largo plazo (LTC)?	128
Sección 9.3	¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?	129
SECCIÓN 10	Programas de seguridad con fármacos y control de medicamentos	130
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos con seguridad	130
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos para ayudar a que los miembros tomen correctamente los medicamentos opiáceos.....	130
Sección 10.3	Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos	131



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe “Ayuda adicional” por el costo de los medicamentos recetados de la Parte D?

Como usted es elegible para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Dado que está inscrito en el programa de “ayuda adicional”, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura referente a los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** Le enviamos un anexo por separado llamado “Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional de LIS”. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo, se **describen las normas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D.** En el próximo capítulo, se le informa acerca de lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura por medicamentos de la Parte D, Steward Health Choice Generations también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. Por medio de su cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre los medicamentos que se le suministran durante hospitalizaciones cubiertas en un hospital o establecimiento de enfermería especializada. Por medio de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan incluye ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables administrados durante una visita y los medicamentos administrados en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que debe pagar*), se indican los beneficios y los costos de los medicamentos durante hospitalizaciones cubiertas en hospitales o establecimientos de enfermería especializada, así como los beneficios y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan cubre solamente los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y las afecciones relacionadas que, por lo tanto, no están cubiertas por el

beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué sucede si está en cuidado paliativo certificado por Medicare*). Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que debe pagar*).

En las siguientes secciones, se trata la cobertura de los medicamentos bajo las reglas de los beneficios de la Parte D del plan. En la Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, se incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene algunos medicamentos recetados cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). La lista de medicamentos le aporta más información sobre la cobertura de medicamentos provista por AHCCCS (Medicaid). Consulte su lista de Steward Health Choice Generations Arizona o de otra AHCCCS (Medicaid).

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

El plan generalmente cubre sus medicamentos, siempre que usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete) debe emitir su receta.
- El profesional que recete debe aceptar Medicare o presentar la documentación a CMS donde se muestre que está calificado para recetar medicamentos; de lo contrario, su reclamación de la Parte D será rechazada. La próxima vez que llame o vea al profesional que receta, deberá preguntarle si cumple con esta condición. Si no, tenga en cuenta que al profesional le lleva algo de tiempo presentar los papeles necesarios para el procesamiento.
- Por lo general, debe presentar la receta en una farmacia de la red para obtener su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser usado bajo indicación médicamente aceptada. Una “indicación médica aceptada” es un uso del fármaco que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1	Para que su receta médica sea cubierta, utilice una farmacia de la red
--------------------	---

En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre en qué circunstancias cubriríamos los medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia bajo contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” abarca a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2	Encontrar farmacias de la red
--------------------	--------------------------------------

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.StewardHCGenerations.org), o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reabastecer un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que le transfieran la receta a una nueva farmacia de la red.

Qué hacer si una farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede pedir asistencia del Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) o utilizar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.StewardHCGenerations.org.

Qué hacer si necesita una farmacia especializada

A veces necesitará adquirir sus medicamentos de una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de establecimientos de atención a largo plazo. Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de atención a largo plazo

(LTC, por sus siglas en inglés), debemos asegurarnos de que recibe sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias del centro de atención a largo plazo, que, por lo general, es la farmacia que utiliza ese centro. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

- Farmacias que atienden al Servicio de Asistencia Médica Indígena o al Programa de Salud Tribal/Indígena Urbano (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program) (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencias, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para ciertos lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Nota: esta situación se da con poca frecuencia).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

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

En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para tener ***al menos 31-días del medicamento y no más de 93 días.***

Para obtener información sobre cómo adquirir por correo sus medicamentos recetados *comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Los números de teléfono están en la parte de atrás de este cuadernillo. Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no esté en nuestra red, su receta médica puede no estar cubierta.*

Normalmente, una farmacia que acepta pedidos por correo le enviará su pedido en menos de 14 días. En el caso de que no se entregue una receta en el plazo en que la espera, puede ponerse en contacto con el Servicio de entregas a domicilio de OptumRx directamente al (844)-368-7174 (TTY 711).

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

Una vez que la farmacia haya recibido una receta de un proveedor de atención médica, esta se comunicará con usted para ver si quiere recibir el medicamento inmediatamente o más tarde. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el fármaco correcto (en cuanto a concentración, cantidad y formato) y, si es necesario, le permitirá detener o demorar el pedido antes de que se lo facturen y se lo envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarle qué hacer con la nueva receta y para evitar demoras en el envío.

Reposición de recetas por correo postal. Para resurtir recetas por correo, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que se acabarán los medicamentos que tiene, para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

A fin de que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo; asegúrese de informarle cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted.

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

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado un “suministro prolongado”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma regularmente, debido a una afección crónica o de largo plazo). Usted puede pedir este suministro por medio del servicio de pedidos por correo (consulte la Sección 2.3), o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias en nuestra red le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
2. Usted puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de “pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para tener *al menos* 31-días del medicamento y *no más de* 93 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedidos por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlo de una farmacia de la red. Si no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas que se surten en una farmacia fuera de la red:

- Steward Health Choice Generations cubrirá las recetas médicas que se surten en una farmacia fuera de la red si estas se relacionan con la atención que se recibió por una emergencia o urgencia médica.

- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de cobertura o se enferma, pierde o se le acaban sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si no hay una farmacia de la red disponible.

En estas situaciones, **primero verifique con el Departamento de Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Puede pedirle que pague la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia de la red.

Cómo puede solicitar un reembolso del plan

Si usted debe adquirir un medicamento en una farmacia externa a la red, generalmente usted deberá pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) cuando adquiera el medicamento. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo solicitar el reembolso del plan).

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

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

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Lista)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, la llamamos “**Lista de medicamentos**” de manera abreviada.

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

En la Lista de medicamentos se incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, en la Sección 1.1, se detallan los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene algunos medicamentos recetados cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Para averiguar qué medicamentos están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su lista de Steward Health Choice Arizona u otra lista de AHCCCS (Medicaid). Puede encontrar la lista de Steward Health Choice Arizona en www.stewardhealthchoiceaz.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Por lo general, cubriremos los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted cumpla las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que cumpla con *uno de los siguientes*:

- esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, que la Administración de Alimentos y Medicamentos haya aprobado el medicamento en los diagnósticos o las condiciones para los que ha sido recetado.);
- -- o -- esté respaldado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information; el Sistema de Información DRUGDEX; y el USPDI o su sucesor. Para cáncer, la Red Nacional de Centros Oncológicos Integrales y Farmacología Clínica o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, funciona con la misma eficacia que un medicamento de marca y normalmente es más barato. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son más económicos que los medicamentos recetados y funcionan con la misma eficacia. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

¿Cuáles son los medicamentos que *no* están en la Lista de medicamentos?

En la lista de Steward Health Choice Generations (Lista de medicamentos) no se indican los medicamentos cubiertos por AHCCCS (Medicaid). Para averiguar qué medicamentos están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su lista de Steward Health Choice Arizona u otra lista de AHCCCS (Medicaid). Puede encontrar la lista de Steward Health Choice Arizona en www.stewardhealthchoicaz.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Existen 3 maneras de verificar esto:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por vía electrónica.
2. Ingrese al sitio web del plan (www.StewardHCGenerations.org). La Lista de medicamentos del sitio web está siempre actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en la manera más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales por medicamentos, para mantener más accesible la cobertura de sus medicamentos.

En general, nuestras normas recomiendan que usted adquiera un medicamento indicado para su afección médica, seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente igual de bien que un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor de servicios de salud a que utilicen la opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y los reglamentos de Medicare para la cobertura de medicamentos y la distribución de costos.

Si su medicamento tuviera alguna restricción, por lo general significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitar una excepción. Podemos aceptar que eliminemos la restricción por usted o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2, para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción).

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos según factores, como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento

recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan establece diferentes tipos de restricciones para que nuestros miembros utilicen sus medicamentos de la manera más eficaz. Las siguientes partes incluyen más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Limitar un medicamento de marca cuando un medicamento genérico se encuentre disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca, pero normalmente es más barato. **Cuando esté disponible la versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proveerán la versión genérica.** En general no cubrimos un medicamento de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica. Sin embargo, si su médico nos indica la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que se utilice para tratar la misma afección funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca registrada. (Su parte del costo podría ser mayor para los medicamentos de marca que para los medicamentos genéricos).

Obtener aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted y su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que accedamos a cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina “**autorización previa**”. Algunas veces, los requisitos para obtener una aprobación por adelantado ayudan a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar con un medicamento diferente primero

Este requisito recomienda que pruebe medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección, el plan puede indicarle que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no produce los efectos deseados para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, nosotros limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener al restringir la cantidad que usted puede adquirir cada vez que adquiere su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

Sección 4.3	¿Alguna de las siguientes restricciones se aplica a sus medicamentos?
--------------------	--

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) o consulte nuestro sitio web (www.StewardHCGenerations.org).

Si su medicamento tuviera alguna restricción, por lo general significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si el medicamento que desea tomar tuviera alguna restricción, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para averiguar lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitar una excepción. Podemos aceptar que eliminemos la restricción por usted o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2, para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción).

SECCIÓN 5	¿Qué sucede si sus medicamentos no están cubiertos como usted quiere?
------------------	--

Sección 5.1	Existen algunas cosas que puede hacer si sus medicamentos no están cubiertos como usted quiere
--------------------	---

Nosotros esperamos que su cobertura de medicamentos le sirva. Sin embargo, hay posibilidades de que usted esté tomando un medicamento recetado en la actualidad, o uno que usted y su proveedor piensen que debería tomar, pero que no figura en nuestra lista, o que figura pero tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en lo absoluto. O es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que quiere no.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas adicionales o restricciones de cobertura para ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le podrá solicitar a usted probar un medicamento diferente primero, para ver si es eficaz, antes de que el medicamento que usted desea tomar sea cubierto. O bien, es posible que tenga límites sobre la cantidad de medicamento cubierta (cantidad de píldoras, etc.), durante un período en particular. En algunos casos, tal vez desee que eliminemos la restricción por usted.
- Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no tiene la cobertura que a usted le gustaría. Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o si

existen restricciones para este medicamento, consulte la Sección 5.2 para saber qué recursos tiene a su disposición.

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

Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, usted podrá:

- Adquirir un suministro temporal del medicamento (solo miembros en ciertas situaciones pueden adquirir un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud de cobertura del medicamento.
- Puede cambiar por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando existen ciertas restricciones aplicables a su medicamento. Esto le dará tiempo para consultar con su proveedor por el cambio en la cobertura y para decidir cómo proceder.

Debe reunir los siguientes dos requisitos para calificar a los fines de recibir un suministro temporal:

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

- El medicamento que usted ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- -- o -- El medicamento que está tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican estas restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Los miembros que son nuevos o que estuvieron afiliados al plan el año pasado:**

Nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para abastecer un máximo de 31 días. Si su receta es por menos días, permitiremos múltiples surtidos hasta proveer un máximo de 31 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta

que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan el suministro inmediatamente:**

Cubriremos un suministro para abastecer 34 días de un medicamento particular, o menos si la receta se confeccionó para cubrir menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporario descrita más arriba.

- Para los afiliados que están fuera del período de transición y experimentan un cambio en el nivel de atención en el que un afiliado cambia de un ambiente de tratamiento a otro (ejemplo: centro de cuidados a largo plazo a hospital, hospital a centro de cuidados a largo plazo, hospital a hogar, hogar a centro de cuidados a largo plazo), en el momento del ingreso o del alta de un ambiente de tratamiento o centro de cuidados a largo plazo, nuestro plan permitirá que el afiliado acceda a una renovación de transición de 30/31 días (30 días en el ambiente minorista y 31 días en el ambiente del centro de cuidados a largo plazo) para los medicamentos que no están en la lista (incluidos los medicamentos de la Parte D que están en nuestra lista, pero que requieren autorización previa o terapia escalonada). Esto no se aplica para las licencias a corto plazo (es decir, días feriados o vacaciones) de los centros de cuidados a largo plazo u hospitales.

Para solicitar un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Cuando usted esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para determinar qué hacer cuando este se acabe. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual. En las siguientes secciones, damos más información sobre estas opciones.

Puede cambiar por otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Probablemente existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar una excepción al plan y que se cubra dicho medicamento de la manera que usted desea. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de la excepción, este puede ayudarlo a solicitarla. Por ejemplo, puede pedir

al plan que cubra un medicamento, aun cuando no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 7.4 se indica cómo hacerlo. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera rápida e imparcial.

SECCIÓN 6 ¿Qué ocurre 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 realizan a principios de cada año (el 1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Aparecen nuevos medicamentos, incluso nuevos medicamentos genéricos. Es probable que el gobierno haya aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podemos eliminar un medicamento de la lista, dado que se ha comprobado su ineficacia.
- **Agregar o quitar una restricción sobre la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

Antes de poder modificar la lista de medicamentos, debemos cumplir con los requisitos de Medicare.

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?
--

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando durante el año se produzcan cambios en la Lista de medicamentos, publicaremos la información al respecto en nuestro sitio web. Actualizaremos la Lista de medicamentos de forma programada regularmente a fin de incluir cualquier cambio que se haya producido desde la última actualización. A continuación, señalamos las ocasiones en las que recibirá una notificación directa si se hacen cambios respecto de un medicamento que usted esté tomando. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectarán de manera inmediata?

Cambios que podrán afectarlo durante este año: en los casos que se mencionan a continuación, usted se verá afectado por el cambio en la cobertura durante el año en curso:

- **Un medicamento genérico reemplaza a uno de marca comercial en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido, o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca comercial).**
 - Si el medicamento de marca que usted está tomando es reemplazado por un medicamento genérico, el plan debe informarle el cambio con una antelación de al menos 30 días o entregarle una renovación de receta por 31 días de su medicamento de marca, en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 30 días, usted debe consultar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a otro medicamento que cubramos.
 - Usted o el profesional que emite la receta pueden solicitar que el plan haga una excepción y continúe cubriendo su medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la Lista que han sido retirados del mercado**
 - A veces, un medicamento es retirado del mercado en forma repentina porque se ha descubierto que no es seguro o por otras razones. Si esto sucede, el plan eliminará de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le haremos saber sobre este cambio inmediatamente.
 - También se informará al profesional que emite la receta sobre este cambio, y él puede analizar la situación con usted para encontrar otro medicamento que trate su afección.
- **Otros cambios sobre los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos**
 - Una vez que haya comenzado el año, podremos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podremos hacer cambios según los recuadros de advertencia de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarlo con, al menos, 30 días de anticipación o entregarle en una farmacia de la red una renovación de receta que abastezca 31 días del medicamento que está tomando.
 - Durante este período de 30 días, usted debe consultar al profesional que emite la receta para que la cambie por el medicamento genérico o por otro medicamento que cubramos.
 - Usted o el profesional que emite la receta pueden solicitarnos una excepción y que continuemos cubriendo su medicamento. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Cambios en los medicamentos incluidos en la Lista que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: En los casos de cambios en la Lista de medicamentos que no están descritos más arriba, si usted actualmente está tomando el medicamento en cuestión, los siguientes cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del año próximo si continúa en el plan:

- si establecemos alguna nueva restricción para el uso del medicamento;
- si eliminamos el medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (pero no se debe a un retiro del mercado, a que un fármaco genérico reemplaza a uno de marca comercial, ni ninguna otra de las situaciones mencionadas en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni el dinero que paga por costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no observará ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales sobre su uso del medicamento. Este año no le enviaremos notificaciones directas sobre cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año próximo los cambios lo afectarán y será importante que verifique la Lista de Medicamentos del año entrante, para conocer cualquier cambio que se produzca.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se indican los tipos de medicamentos recetados que se encuentran “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

No pagaremos por medicamentos incluidos en esta sección. La única excepción: si, por apelación, se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D y que deberíamos haber pagado por él o haberlo cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5, en este cuadernillo). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo.

A continuación, se definen tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no incluye un medicamento que está cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El plan, en general, no puede cubrir el uso por “indicación no prescrita” (off-label). “Indicación no prescrita” se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la FDA.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Generalmente, la cobertura de una “indicación no prescrita” está permitida solo cuando el uso es avalado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information; el Sistema de Información DRUGDEX. Para cáncer, la Red Nacional de Centros Oncológicos Integrales y Farmacología Clínica o sus sucesores. Si el uso no está avalado por ninguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir su “indicación no prescrita”.

Además, por ley, la lista de medicamentos mencionados a continuación no tienen cobertura de Medicare. Sin embargo, usted podría recibir la cobertura de algunos de ellos mediante AHCCCS (Medicaid). Para saber cuáles son los medicamentos que podría tener cubiertos mediante los beneficios de AHCCCS (Medicaid) consulte la Lista de medicamentos de Steward Health Choice Arizona (HCA) u otra lista de AHCCCS (Medicaid). Puede encontrar la lista de HCA en www.stewardhealthchoiceaz.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfríos o gripe
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor
- Medicamentos utilizados para tratar disfunciones sexuales o de erección
- Medicamentos utilizados 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 la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía en el plan cuando surta una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para adquirir su medicamento recetado, debe presentar su tarjeta de membresía en la farmacia de la red que usted elija. Cuando presente su tarjeta de membresía en el plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan la parte que nos corresponde de los costos de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte de los costos cuando retira el medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no trae la tarjeta de membresía?

Si no tiene la tarjeta de membresía al plan con usted cuando adquiere su medicamento recetado, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted deberá pagar el monto total del medicamento recetado cuando lo retira.** (A continuación, **podrá solicitarnos el reembolso** de nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso del 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 establecimiento de enfermería especializada con una hospitalización cubierta por el plan?**

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando ellos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Lea los apartados anteriores de esta sección para obtener más información sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), se brinda más información sobre la cobertura de los medicamentos y lo usted debe pagar.

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

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un establecimiento de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, mientras sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si su farmacia de atención a largo plazo es parte de la red. Si no lo es, o si necesita más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

¿Qué sucede si es residente de un establecimiento de atención a largo plazo y pasa a ser un nuevo afiliado del plan?

Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía. El suministro total será, como máximo, para abastecer 91 días y puede ser de hasta 98 días de acuerdo con el incremento del despacho, o menos si su receta médica indica una cantidad menor de días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio). Si lleva en el plan más de 90 días y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, o si el plan tiene algún tipo de restricción para cubrir los medicamentos, se cubrirá un suministro de 34 días o menos, si lo indica su receta médica.

Cuando usted esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para determinar qué hacer cuando este se acabe. Probablemente existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. O bien, usted y su proveedor pueden solicitar una excepción al plan y que se cubra dicho medicamento de la manera que usted desea. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 7.4 se indica cómo hacerlo.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el cuidado paliativo y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o contra la ansiedad que no están cubiertos por sus cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que recete o de su proveedor de cuidados paliativos en la que se informe que el medicamento no tiene relación antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. A fin de prevenir demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería estar cubierto por nuestro plan, usted puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o el profesional que recete que se aseguren de que nosotros tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de solicitar que surtan su receta en una farmacia.

En el caso de que usted revoque su elección de cuidados paliativos o se le dé de alta de los cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir demoras en una farmacia cuando su beneficio de cuidados paliativos de Medicare finaliza, usted debe llevar la documentación a la farmacia para que se verifiquen su revocación o su alta. Consulte las partes anteriores de esta sección en las que se informa sobre las reglas para obtener cobertura para medicamentos según la Parte D, Capítulo 6 (*Lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), donde hay más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad con fármacos y control de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos con seguridad

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para garantizar que están recibiendo atención médica segura y correcta. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que reciben recetas de medicamentos de más de un proveedor.

Realizamos una revisión cada vez que adquiere un medicamento recetado. También efectuamos una revisión regular de nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores en la medicación
- Medicamentos que son innecesarios por encontrarse tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados según su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma juntos
- Recetas médicas con medicamentos que tienen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando

Si observamos un posible problema en la manera en que usa los medicamentos, lo ayudaremos, junto con su proveedor, a corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos para ayudar a que los miembros tomen correctamente los medicamentos opiáceos
--

Tenemos un programa que nos permite ayudar a los miembros para que tomen correctamente sus medicamentos opiáceos recetados, u otros medicamentos de los que frecuentemente se abusa. El programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si consume medicamentos opiáceos que recibe de distintos médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que exista la necesidad médica de usarlos y que lo hace correctamente. Trabajando a la par con sus médicos, si decidimos que hay un riesgo de que haga un mal uso o un abuso de los medicamentos opiáceos o benzodiazepinas, es posible que pongamos un límite a la manera en que consigue esos medicamentos. Los límites pueden ser:

- solicitarle que obtenga todas sus recetas de opiáceos o de benzodiazepinas en una misma farmacia;
- solicitarle que le pida a un médico que le recete todas las medicaciones opioides o a base de benzodiazepina que necesite; y
- restringir la cantidad de medicaciones opioides o a base de benzodiazepina cubiertas.

En caso de determinar que debe aplicársele alguna de estas restricciones, le enviaremos una carta notificándolo previamente al respecto. La carta contiene información sobre las restricciones que nosotros creemos que corresponde aplicar a su caso. Además, podrá informarnos sobre con qué médicos prefiere atenderse y a qué farmacias prefiere ir. Si piensa que cometemos un error o no está de acuerdo con la restricción en sí o con nuestra decisión de clasificarlo como una persona proclive al mal uso de los medicamentos recetados, tanto usted como el médico que haya otorgado la receta tienen el derecho de apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo hacer una apelación.

Es posible que si padece ciertas patologías, como cáncer, o si está recibiendo cuidados paliativos o vive en un centro de atención médica permanente el DMP no sea de su incumbencia.

Sección 10.3	Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos
---------------------	--

Contamos con un programa que puede resultarles útil a los miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros sufren de varias afecciones médicas complejas y pueden necesitar tomar diferentes medicamentos al mismo tiempo y tomar medicamentos muy costosos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos han desarrollado el programa para nosotros. Este programa nos ayuda a estar seguros de que nuestros miembros aprovechan al máximo los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas pueden obtener servicios por medio de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional médico le darán una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Usted puede hablar de la mejor manera de tomar los medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta libre. Se le dará un resumen escrito de la conversación. El resumen cuenta con un plan de acción para la administración de los medicamentos que le recomienda la mejor manera de usarlos y cuenta con espacio para que usted tome notas o escriba cualquier pregunta adicional. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y le explicará el motivo por el que los toma.

Es una buena idea asistir a su revisión de medicamentos antes de su visita de “Bienestar” anual, de modo que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento en que

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte
D

hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, tenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, junto con su identificación) si acude al hospital o la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

CAPÍTULO 6

*Lo que debe pagar por los
medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 6. Lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	136
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos.....	136
Sección 1.2	Tipos de costos en efectivo que puede pagar por los medicamentos cubiertos	137
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que se encuentre cuando lo compre	137
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de <i>Steward Health Choice Generations</i> ?	137
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué tramo de pago se encuentra	138
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de los beneficios de la Parte D” (el “EOB de la Parte D”).....	138
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos actualizada.....	139
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de deducibles, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos	140
Sección 4.1	Usted se mantiene en la etapa deducible hasta que haya pagado \$0 u \$85 por sus medicamentos	140
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga la suya	141
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su receta médica.....	141
Sección 5.2	Tabla que indica los costos por el suministro equivalente a <i>un mes</i> de sus medicamentos	141
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes de un medicamento determinado, usted podría no tener que pagar el costo del suministro total del mes.....	142
Sección 5.4	Tabla que indica los costos para un suministro de sus medicamentos <i>a largo plazo</i> (de hasta 93 días).....	143
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos en efectivo del año alcancen los \$5,100.....	144
Sección 5.6	Cómo Medicare calcula sus costos en efectivo por medicamentos recetados .	144

SECCIÓN 6	No hay brecha de cobertura para Steward Health Choice Generations.....	147
Sección 6.1	Usted no tiene brecha de cobertura por los medicamentos recetados de la Parte D.....	147
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos	147
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella por el resto del año.....	147
SECCIÓN 8	Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde se las apliquen.....	148
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener cobertura separada para la Parte D del medicamento inyectable en sí y para el costo de la aplicación de la vacuna ...	148
Sección 8.2	Puede llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna	149



¿De qué modo puede conseguir información sobre el costo de sus medicamentos si se encuentra recibiendo una “ayuda adicional” para el pago del costo de los medicamentos recetados de la Parte D?

Como usted es elegible para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Dado que usted está inscrito en el programa de “ayuda adicional”, **cierta información sobre esta Evidencia de Cobertura referente a los costos de sus medicamentos recetados podría no aplicarse a su caso.** Le enviamos un anexo por separado llamado “Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional de LIS”. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo, se analiza principalmente lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, utilizamos la palabra “medicamento” para significar medicamento recetado de la Parte D. Como explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos están excluidos por ley de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted debe conocer los conceptos básicos de los medicamentos que están cubiertos, dónde adquirir sus medicamentos recetados y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos recetados. A continuación, se detallan los materiales en los que se definen estos conceptos básicos:

- **Lista de medicamentos cubiertos (Lista) del plan.** Para simplificar, le llamamos la “Lista de medicamentos”.
 - Esta lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos.
 - Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web

www.StewardHCGenerations.org. La Lista de medicamentos del sitio web está siempre actualizada.

- **Capítulo 5 de este cuadernillo.** En el Capítulo 5 se le entregan detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados, además de las normas que debe seguir cuando los compra. El Capítulo 5 enumera, además, los tipos de medicamentos recetados no cubiertos por nuestro plan.
- **Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, usted debe adquirir sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). En el *Directorio de Farmacias*, se incluye una lista de farmacias que están en la red del plan. También se explica qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro prolongado de un medicamento (como adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2	Tipos de costos en efectivo que puede pagar por los medicamentos cubiertos
--------------------	---

A fin de comprender la información de pago presente en este capítulo, debe conocer los tipos de costos en efectivo que puede que pague por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se conoce como “costo compartido” y se le puede solicitar el pago de tres maneras.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- “**Copago**” significa que usted paga un monto fijo cada vez que adquiere un medicamento recetado.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que renueva una receta.

SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que se encuentre cuando lo compre
------------------	--

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Steward Health Choice Generations?
--------------------	---

Como se muestra en la tabla a continuación, existen tres “etapas de pago de medicamentos” para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, según Steward Health Choice Generations. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la cual usted se encuentra cuando se le surte de un medicamento recetado o cuando se le renueva la receta. Recuerde que siempre es responsable de la prima mensual del plan, sin importar la etapa de pago del medicamento.

Etapa 1 Etapa de deducible anual	Etapa 2 Etapa de cobertura inicial	Etapa 3 Etapa de brecha de cobertura	Etapa 4 Etapa de cobertura catastrófica
<p>Si recibe “ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos recetados, le corresponde un monto deducible de \$0 o \$85, dependiendo del grado de “ayuda adicional” que reciba.</p> <p>Si su deducible equivale a \$0: desestime esta etapa de pago.</p> <p>Si su deducible equivale a \$85: debe pagar el costo total del medicamento de marca hasta haber abonado \$85 por sus medicamentos.</p> <p>(Más información en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde a este y usted paga la que le corresponde a usted.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los “costos en efectivo” (sus pagos) durante el año alcancen los \$5,100. (Más información en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Dado que no hay falta de cobertura en el plan, esta etapa de pago no es aplicable para usted.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos para el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019).</p> <p>(Más información en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de los beneficios de la Parte D” (el “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se lo llama sus costos “**en efectivo**”.
- Registramos el “**costo total de los medicamentos**”. Esta es la cantidad del costo a su cargo u otros pagos a su nombre, más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito titulado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces llamado “EOB de la Parte D”) cuando le hayan surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. Incluyen:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total por costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y lo que usted pagó y lo que pagaron otros por usted.

- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Esto se llama información “del año hasta la fecha”. Muestra el total de costos por medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.

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

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted efectúa por los medicamentos, nos basamos en la información brindada por las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de que nosotros sepamos sobre la receta médica que está surtiendo y de lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía en el plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Hay veces en las que tal vez pague medicamentos recetados y nosotros no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos en efectivo que usted paga. Para ayudarnos a mantener un registro de sus costos en efectivo, podrá entregarnos copias de recibos por medicamentos que haya comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, usted podrá solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Para obtener las instrucciones de cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2, de este cuadernillo). A continuación, hay algunas situaciones en las que podría darnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de lo que ha gastado en medicamentos.
 - cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan;
 - cuando efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante;
 - cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también son tenidos en cuenta para el cálculo de sus costos en efectivo y ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de asistencia médica indígena y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus costos en efectivo. Debería llevar un registro de estos pagos y enviarlos a nosotros para que podamos llevar un registro de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una EOB de la Parte D) por correo, revísela para verificar que la información sea completa y correcta. Si usted cree que falta algo en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducibles, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos

Sección 4.1 Usted se mantiene en la etapa deducible hasta que haya pagado \$0 u \$85 por sus medicamentos

Dado que la mayoría de nuestros miembros reciben “ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos recetados, la Etapa de deducibles no tiene ninguna implicancia para muchos de ellos. En caso de que reciba “ayuda adicional”, el monto deducible correspondiente depende del grado de “ayuda adicional” que reciba. Podrá:

- no pagar ningún deducible;
- o bien, pagar un deducible de \$85.

Consulte el anexo separado, (la “Cláusula LIS”), para conocer el monto correspondiente de su deducible.

En caso de que no reciba “ayuda adicional”, la Etapa de deducibles representa la primera etapa para el pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Mientras se encuentre en esta etapa de pago, **deberá abonar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible de su plan, el cual es de \$415 para 2019. Por lo general el “**costo total**” que debe pagar es menor al precio usual sin descuentos del medicamento, puesto que nuestro plan permite acceder a la mayoría de los medicamentos a un menor precio.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos recetados correspondientes a la Parte D antes de que el plan comience a cubrir sus parte.

Una vez que haya abonado \$415 por sus medicamentos, usted deja la Etapa de deducibles y pasa a la próxima etapa de pago de medicamentos, la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su receta médica
--

En la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago *O* su monto de coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiere.

Su elección de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si usted adquiere el medicamento en:

- Una farmacia minorista de la red del plan
- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan
- La farmacia del servicio de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y para surtir sus recetas médicas, consulte el Capítulo 5 de este cuadernillo y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2 Tabla que indica los costos por el suministro equivalente a un mes de sus medicamentos

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

- “**Copago**” significa que usted paga un monto fijo cada vez que adquiere un medicamento recetado.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que renueva una receta.

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago depende de en qué nivel de coparticipación de costos se encuentre su medicamento. Tome en cuenta lo siguiente:

- Si el costo del medicamento cubierto es menor que la cantidad del copago indicada en la tabla, pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted pagará el precio total del medicamento *o* del monto del copago, *el que sea menor*:

Capítulo 6. Lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Cubriremos recetas adquiridas en farmacias fuera de la red solo en casos limitados. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información sobre en qué circunstancias cubriríamos los medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta 31 días de suministro)	Costo compartido de pedido por correo (hasta 31 días de suministro)	Costo compartido de farmacias de atención a largo plazo (hasta 34 días de suministro)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones, consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 31 días de suministro)
Nivel				
Los medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos)	copago de \$0 o copago de \$1.25 o copago de \$3.40 o coseguro de 15% por receta médica	copago de \$0 o copago de \$1.25 o copago de \$3.40 o coseguro de 15% por receta médica	copago de \$0 o copago de \$1.25 o copago de \$3.40 o coseguro de 15% por receta médica	copago de \$0 o copago de \$1.25 o copago de \$3.40 o coseguro de 15% por receta médica
Medicamentos de marca y demás medicamentos	copago de \$0 o copago de \$3.80 o copago de \$8.50 o coseguro de 15% por receta médica	copago de \$0 o copago de \$3.80 o copago de \$8.50 o coseguro de 15% por receta médica	copago de \$0 o copago de \$3.80 o copago de \$8.50 o coseguro de 15% por receta médica	copago de \$0 o copago de \$3.80 o copago de \$8.50 o coseguro de 15% por receta médica
Usted recibe “ayuda adicional”, por lo que el monto de los copagos depende de los ingresos y el grado institucional. Si no recibe “ayuda adicional” de Medicare, deberá pagar un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.				

Sección 5.3

Si su médico le receta un suministro para menos de un mes de un medicamento determinado, usted podría no tener que pagar el costo del suministro total del mes

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo para un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos menor a un mes. Habrá ocasiones en las cuales usted deseará

pedirle a su médico que le recete medicamentos para menos de un mes (por ejemplo, cuando su médico le receta inicialmente un medicamento que se sabe causa efectos secundarios). Si su médico receta un suministro para menos de un mes, usted no tendrá que pagar el monto total correspondiente al suministro del mes para ciertos medicamentos.

El monto que usted pague cuando se le dé un suministro de medicamentos para menos de un mes dependerá de si usted es responsable de pagar el coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted debe pagar un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si la receta es para todo el mes o para unos cuantos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si usted adquiere un suministro de medicamentos para menos de un mes, el *monto* que pagará será menor.
- Si usted debe pagar un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días para los que recibe el medicamento. Nosotros calcularemos el monto que usted pague por día de medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y multiplicaremos esto por el número de días para los que recibe el medicamento.
 - El siguiente es un ejemplo: Digamos que el copago para un mes completo de su medicamento (un suministro para 31 días) es de \$31. Esto significa que el monto que usted paga por día por su medicamento es \$1. Si usted recibe un suministro del medicamento para 7 días, pagará \$1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona antes de tener que pagar por un suministro de un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete —y a su farmacéutico que le entregue— un suministro para menos de un mes de un medicamento o de varios si esto lo ayudará a planificar mejor sus fechas de renovación para las diferentes recetas, de tal forma que no tenga que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de los días de suministro que reciba.

Sección 5.4	Tabla que indica los costos para un suministro de sus medicamentos a <i>largo plazo</i> (de hasta 93 días)
--------------------	---

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando adquiere su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo equivale a un suministro de hasta 93 días. (Para obtener más detalles sobre dónde y cómo adquirir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

En la tabla a continuación, se muestra lo que debe pagar cuando adquiere un suministro a largo plazo (de hasta *93 días*) de un medicamento.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta 93 días de suministro)	Costo compartido de pedido por correo (hasta 93 días de suministro)
Los medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos)	Copago de \$0 o Copago de \$1.25 o copago de \$3.40 o 15% de coseguro por receta.	Copago de \$0 o Copago de \$1.25 o Copago de \$3.40 o coseguro de 15% por receta médica
Medicamentos de marca y demás medicamentos	Copago de \$0 o Copago de \$3.80 o copago de \$8.50 o 15% de coseguro por receta.	Copago de \$0 o Copago de \$3.80 o copago de \$8.50 o 15% de coseguro por receta.
Usted recibe “ayuda adicional”, por lo que el monto de los copagos depende de los ingresos y el grado institucional. Si no recibe “ayuda adicional” de Medicare, deberá pagar un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.		

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos en efectivo del año alcancen los \$5,100

Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos en efectivo totales a su cargo alcancen los \$5,100. Medicare establece normas sobre lo que se consideran costos en efectivo y lo que *no* se consideran costos en efectivo. (Lea la Sección 5.6 por información sobre cómo Medicare cuenta sus costos en efectivo). Cuando haya alcanzado un límite de costos en efectivo de \$5,100, usted pasa de la Etapa de brecha de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a mantener un registro de cuánto ha gastado usted o el plan, además de cualquier tercero, en sus medicamentos durante un año. Muchas personas no llegan al límite de \$5,100 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto de \$5,100. Si alcanza este monto, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 5.6 Cómo Medicare calcula sus costos en efectivo por medicamentos recetados

Medicare establece normas sobre lo que se consideran costos en efectivo y lo que *no* se consideran costos en efectivo. Cuando alcance el límite en efectivo de \$5,100, dejará de pertenecer a la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

A continuación están las normas de Medicare que debemos cumplir cuando mantenemos un registro de sus costos en efectivo por sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos en efectivo

Cuando suma sus costos en efectivo, **usted puede incluir** los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya respetado las normas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5 de este cuadernillo):

- El monto que usted paga por medicamentos cuando se encuentre en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de deducibles
 - La Etapa de cobertura inicial
- Todos los pagos que realizó durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de ingresar a nuestro plan

Importa quién paga:

- Si usted efectúa estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en sus costos en efectivo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **ciertas otras personas u organizaciones los efectúan en nombre suyo**. Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos para enfermos de SIDA, o por el Servicio de asistencia médica indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de “ayuda adicional” de Medicare.

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan por usted) hayan gastado un total de \$5,100 por costos en efectivo en el plazo del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos en efectivo

Cuando suma sus costos en efectivo, **no le estará permitido incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- el monto que paga por su prima mensual.
- medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios;
- medicamentos no cubiertos por nuestro plan;
- medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura externa a la red;
- medicamentos cubiertos solo por Medicaid;
- medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluso medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare;
- los pagos que haya hecho por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare;
- pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca durante la Falta de cobertura;
- pagos por sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos planes de salud del empleador;
- los pagos por sus medicamentos que hagan los planes de seguros y los programas de salud gubernamentales, como TRICARE y Asuntos de Veteranos;
- los pagos por sus medicamentos realizados por terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas médicas (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si alguna otra organización, como las que se indican anteriormente, paga la totalidad o una parte de los pagos a su cargo de medicamentos, usted debe comunicárselo a nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

¿Cómo puede usted mantener un registro del total de sus costos en efectivo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos en efectivo (en la Sección 3 de este capítulo se describe este informe). Cuando alcance un total de \$5,100 en costos en efectivo a su cargo al año, este informe le indicará que ha dejado de pertenecer a la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 6 No hay brecha de cobertura para Steward Health Choice Generations.

Sección 6.1	Usted no tiene brecha de cobertura por los medicamentos recetados de la Parte D
--------------------	--

No hay brecha de cobertura para Steward Health Choice Generations. Cuando deje la Etapa de cobertura inicial, pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Lea la Sección 7 para ver información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella por el resto del año
--------------------	---

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica al alcanzar el límite total de pagos a su cargo de \$5,100 en el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año calendario.

Si recibe “ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos recetados, el costo de sus medicamentos cubiertos dependerá del grado de “ayuda adicional” que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será de:

- \$0; *o*
- un coseguro o copago, dependiendo de cuál sea el monto *más elevado*:
 - *ya sea*, un coseguro de 5% del costo del medicamento;
 - *o bien*, \$3.40 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico y \$8.50 para el resto de los medicamentos.
 - **Nuestro plan paga el resto del costo.**

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde se las apliquen

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para la Parte D del medicamento inyectable en sí y para el costo de la aplicación de la vacuna
--

Nuestro plan brinda cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. También cubrimos las vacunas consideradas como beneficios médicos. Usted puede averiguar sobre su cobertura para estas vacunas dirigiéndose al Capítulo 4, Sección 2.1, Tabla de beneficios.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí misma**. Las vacunas se consideran medicamentos recetados.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **administrarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la “administración” de la vacuna).

¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?

El monto que usted debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué se lo está vacunando).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura para estas vacunas dirigiéndose al Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que debe pagar)*.
 - Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar una enumeración de estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista) del plan*.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
- 3. Quién le administra la vacuna.**

El monto que debe pagar al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces cuando se le administre una vacuna deberá pagar el costo total tanto por la medicación de la vacuna como por recibirla. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo.
- En otras oportunidades, cuando adquiere la vacuna o se le administra la vacuna, no deberá pagar nada *O* únicamente su parte del costo.

Para demostrar cómo funciona esto, a continuación se describen tres situaciones comunes en que usted puede recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en una farmacia de la red. (Que tenga esta opción dependerá del lugar dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto correspondiente a su coseguro *O* un copago por la vacuna y el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando usted recibe la vacuna, usted deberá pagar el costo total por la vacuna y su administración.
- A continuación, puede solicitar que nuestro plan le reintegre la parte del costo que nos corresponde utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este cuadernillo (*Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro *O* el copago normal por la vacuna (incluida la aplicación).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto correspondiente a su copago por la vacuna en sí misma.
- Cuando el médico le administra la vacuna, usted deberá pagar el total del costo por este servicio. A continuación, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este cuadernillo.
- Le reembolsamos el monto cobrado por el médico que aplique por administrar la vacuna.

Sección 8.2	Puede llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna
--------------------	---

Las normas de cobertura de vacunas son complejas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que primero llame al Departamento de Servicios para Miembros si planifica recibir una vacuna. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan ofrece para su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde a usted.
- Si no puede recurrir a un proveedor o una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para solicitarnos que le reintegremos la parte del costo que nos corresponde.

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que le paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	152
Sección 1.1	Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	152
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le devolvamos su dinero o que paguemos una factura que usted recibió.....	155
Sección 2.1	Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago	155
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si la aceptamos o no	155
Sección 3.1	Revisamos para asegurarnos de si deberíamos cubrir el servicio o medicamento y cuánto adeudamos	155
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el medicamento, usted puede apelar	156
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos copias	157
Sección 4.1	En algunos casos, debería enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a registrar sus costos en efectivo por medicamentos	157

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que le paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago
--

Nuestros proveedores de la red le facturan al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted recibe. En caso de recibir una factura por el costo total de atención médica o medicamentos recibidos, debe enviarnos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (la devolución del dinero se denomina comúnmente “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero cuando usted pagó más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben cubrirse. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos los gastos por los servicios y medicamentos.

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió.

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o atención urgentemente necesaria de un proveedor externo a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. Cuando recibe servicios urgentes o emergencia por parte de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted debe solicitar al proveedor que remita la factura al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que usted haya efectuado.
- A veces usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que usted haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, lo efectuaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado más de lo que corresponde a su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

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

Los proveedores de la red deben facturarle siempre directamente al plan. Sin embargo, algunas veces se equivocan y le solicitan pagar: por los servicios recibidos *O* más de lo que corresponde por su parte del costo.

- No permitimos a los proveedores que le facturen a usted servicios que están cubiertos. Pagamos directamente a nuestros proveedores, así lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos que los cargos que ese proveedor tiene para un servicio. Para más información sobre la “facturación de saldos”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.6).
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere es por un monto mayor al que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado. Debe pedirnos que le reintegremos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según el plan.

3. Si se encuentra inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

En ocasiones, la inscripción de una persona al plan es retroactiva. (Retroactiva significa que ya ha pasado el primer día de inscripción. La fecha de inscripción podría haber ocurrido incluso el año anterior).

Si fue inscrito de forma retroactiva en nuestro plan e hizo un desembolso de su propio bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitar al plan la devolución por la parte de los costos compartidos que nos corresponda. Necesitará presentarnos la documentación para que podamos manejar el desembolso. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo solicitar una devolución y los plazos para presentar su solicitud. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

4. Cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red

Si usted presenta su tarjeta de membresía e intenta adquirir un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar la solicitud de pago directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado. (Cubrimos recetas adquiridas en farmacias fuera de la red solo en ciertos casos especiales. Para obtener más información al respecto, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5). Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo compartido.

5. Cuando paga el costo total por una receta médica porque no trae consigo su tarjeta de membresía al plan

Si no tiene su tarjeta de membresía consigo, usted puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque la información vinculada con su inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesitan de inmediato, usted deberá pagar el costo total de la receta. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo compartido.

6. Cuando en otras situaciones usted paga el costo total de un medicamento recetado

Si se le informa que, por algún motivo, el medicamento no se encuentra cubierto, es probable que deba pagar el costo total de dicho medicamento.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista) del plan*; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera no se debe aplicar en su caso. Si usted decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reintegro por la parte del costo del medicamento que nos corresponde.
- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista) del plan*; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera no se debe aplicar en su caso. Si usted decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia al solicitar un reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reembolso por la parte del costo del medicamento que nos corresponde.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento debe cubrirse. Eso se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si su solicitud de pago es denegada, tiene la posibilidad de apelar a nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué hacer si tiene problemas o desea formular una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*), encontrará más información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le devolvamos su dinero o que paguemos una factura que usted recibió

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y comprobantes de pago que haya efectuado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a estas direcciones:

Departamento de Reembolsos por Servicios Médicos:

Steward Health Choice Generations
ATTN: Operaciones de Medicare – Reclamos médicos
410 N 44th Street, Suite 510
Phoenix, AZ 85008

Reembolsos de la Parte D:

Steward Health Choice Generations
ATTN: Drug Claims
410 N 44th Street, Suite 510
Phoenix, AZ 85008

Deberá presentarnos su reclamación en el transcurso de los 90 días a partir de la fecha en que reciba el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Si no sabe cuánto adeuda, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con respecto a ellas, nosotros podemos ayudarlo. También nos puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si la aceptamos o no

<h3>Sección 3.1 Revisamos para asegurarnos de si deberíamos cubrir el servicio o medicamento y cuánto adeudamos</h3>
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

Capítulo 7. Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas para obtener la atención o el medicamento, nosotros pagaremos la parte de los costos que nos corresponda por el servicio. Si usted ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si usted aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican las normas que necesita cumplir para obtener la cobertura de sus servicios médicos. En el Capítulo 5 se explican las normas que necesita cumplir para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que el servicio médico o medicamento *no* está cubierto, o que usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos: nuestra parte de los costos por el medicamento o la atención médica brindada. Por el contrario, le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicita y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el medicamento, usted puede apelar
--------------------	---

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que pagamos, usted puede apelar. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener más detalles sobre cómo presentar esta apelación, lea el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Lo que debe hacer si tiene problemas o desea presentar un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*). El proceso de apelación es un proceso legal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si la presentación de una apelación es algo nuevo para usted, puede empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 9, le será de gran ayuda. La Sección 5 es una sección introductoria, en la que se explica el proceso para las decisiones de cobertura y se proporcionan definiciones de términos, como “apelación”. Después de leer la Sección 5, puede consultar la sección en el Capítulo 9 que indica qué hacer en su situación:

- Si usted desea presentar una apelación para obtener un reintegro por la atención médica recibida, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si usted desea presentar una apelación por un reintegro por un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debería enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a registrar sus costos en efectivo por medicamentos
--

Existen ciertas situaciones en que nos debe informar sobre pagos que ha efectuado por sus medicamentos. En estos casos, usted no está solicitando un pago de nosotros. En lugar de eso, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular sus costos en efectivo correctamente. Puede que esto lo ayude a calificar más rápidamente para la Etapa de cobertura catastrófica.

A continuación, se presenta un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos acerca de los pagos que ha realizado por los medicamentos:

Cuando adquiere un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están suscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos externo a los beneficios del plan. Si usted obtiene medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, usted deberá pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Conserve el recibo y envíenos una copia para el cómputo de sus gastos en efectivo a los fines de calificar para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Dado que adquiere su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de estos costos por medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, podremos computar sus costos en efectivo correctamente y ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Dado que usted no está solicitando ningún pago en el caso antes descrito, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, usted no podrá presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan	160
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)	160
Sección 1.2	Debemos tratarlo de manera justa y con respeto en todo momento	161
Sección 1.3	Debemos asegurarle que obtenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos y medicamentos	161
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	162
Sección 1.5	Debemos entregarle información sobre el plan, los proveedores de la red y los servicios cubiertos	163
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones con respecto a su atención	164
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	166
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que ha sido tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?	167
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos	167
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	168
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	168

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)
--

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in Spanish, Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Civil Rights coordinator, YoHance DeHorney .

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services Department by calling, (800) 656-8991, 7 days a week, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., local time. TTY users, please call 711. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) for additional information.

Para obtener información de nosotros de manera que la pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuito y personal disponible para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos brindarle información en español, en Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos si cargo. Nuestra obligación es brindarle información acerca de los beneficios del plan de un modo que le resulte sencillo y adecuado. Para obtener información de nosotros de manera que la pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) o comuníquese con nuestro coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene algún inconveniente para acceder a información que le resulte sencilla y adecuada sobre nuestro plan, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (800) 656-8991, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para hacer un reclamo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Además, puede formular una queja ante Medicare, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o comunicándose directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en la Evidencia de Cobertura o en este correo. Además,

puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (números de teléfonos impresos en la contratapa de este cuadernillo) para obtener más información.

Sección 1.2	Debemos tratarlo de manera justa y con respeto en todo momento
--------------------	---

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por razones de raza, grupo étnico, nación de origen, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, experiencia en materia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o si tiene dudas sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Servicios de Salud y Humanos 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Si tiene algún reclamo, como un problema con acceso para silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros lo puede ayudar.

Sección 1.3	Debemos asegurarle que obtenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos y medicamentos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan que proporcione y coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se entregan más explicaciones sobre este tema). Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). No es necesario tener una derivación para poder acudir a un proveedor de la red.

Como afiliado del plan tiene derecho a tener citas y servicios cubiertos de un proveedor de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando usted necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9, Sección 11, de este cuadernillo se explica lo que puede hacer. (Si le negamos la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 5, se explica qué hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye información personal que usted nos brindó cuando se suscribió en este plan, así como también su historia clínica y otra información médica y sobre su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos para obtener información y controlar cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado “Aviso de Práctica de Privacidad”, en el que se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que solo las personas autorizadas puedan ver o cambiar sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si entregamos su información de salud a cualquier persona que no proporcione su atención o pague por esta, *estamos obligados a obtener un permiso por escrito de su parte*. El permiso escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que están controlando la calidad de atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, que incluye información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros, ello se realizará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales.

Usted puede ver la información en su historia y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho de ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de su historia. Tenemos autorización para cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho de solicitar que agreguemos información o que corriamos su historia clínica. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben hacerse.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o dudas acerca de la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Sección 1.5 Debemos entregarle información sobre el plan, los proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como miembro de Steward Health Choice Generations, usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte. (Como se explica en la Sección 1.1 precedente, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de manera que la pueda comprender. Esto incluye recibir información en otros idiomas que no sean el inglés, y en letras grandes u otros formatos alternativos).

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

- **Información acerca de nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información acerca del estado financiero del plan. También incluye información acerca de la cantidad de apelaciones realizadas por afiliados y la calificación del desempeño del plan, en que se incluye cómo ha sido evaluado por los afiliados del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho de obtener información de nosotros sobre las calificaciones otorgadas a los proveedores y las farmacias de nuestra red y la forma en que le pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores en la red del plan, consulte el directorio de proveedores de Steward Health Choice Generations.
 - Para obtener una lista de las farmacias que pertenezcan a la red del plan, consulte el directorio de farmacias de Steward Health Choice Generations.
 - Para obtener más información acerca de nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) o visitar nuestro sitio web en www.StewardHCGenerations.org.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe cumplir para el uso de su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este cuadernillo, describimos los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones para su cobertura y las normas que usted debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener más detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, lea los Capítulos 5 y 6 de este cuadernillo y también la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista)*, le informan sobre los medicamentos que están cubiertos y le explican las normas que debe cumplir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.

- Si tiene dudas con respecto a las normas o restricciones, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que usted puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted o si su cobertura tiene alguna restricción, usted puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a solicitar esta explicación aún si recibió el servicio médico o medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre la atención médica o el medicamento de la Parte D cubiertos para usted, tiene derecho a solicitar que cambiemos la decisión. Puede presentarnos una queja para pedirnos que reconsideremos la decisión. Para obtener más detalles sobre qué hacer si un servicio no está cubierto para usted como usted considera que tiene que estar cubierto, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo. Allí se proporcionan detalles acerca de cómo realizar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 también se describen los pasos a seguir para presentar un reclamo por la calidad de atención, los tiempos de espera y otros temas).
 - Si usted desea que nuestro plan pague la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo.

Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones con respecto a su atención
--------------------	--

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

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **A conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su estado, sin importar los costos o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos y utilizarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Usted debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o

tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Tendrá siempre la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de dejar el hospital u otro centro médico, aún si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.
- **A recibir una explicación si se le niega la cobertura por atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor niega la atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá solicitar de nosotros una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este cuadernillo, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

Usted tiene derecho de dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito para **otorgar poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas** por usted si, en algún momento, usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted está incapacitado para tomar esas decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen varios tipos de instrucciones anticipadas y diversos nombres para ellas. Los documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder para asuntos de salud**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si usted desea definir sus instrucciones en un formulario de “instrucciones anticipadas”, deberá realizar lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una instrucción anticipada, puede obtener el formulario a través de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. A veces puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. : Usted también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, recuerde que constituye un documento legal. Deberá considerar pedir a un abogado que lo ayude a prepararlo.

- **Entregue copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designa en el formulario como la que tomará las decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. También puede darles copias a sus amigos cercanos o familiares directos. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Cuando se interne en el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital le puede entregar formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada o no (incluso si desea firmar una si usted está en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede negar atención médica ni discriminarlo sobre la base de su decisión de firmar o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una instrucción anticipada y considera que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones contenidas en esta, puede formular una queja ante el Departamento de Servicios de Salud de Arizona.

La dirección es: 150 N. 18th Ave, Phoenix, AZ 85007. El número de teléfono para información general y pública es: (602) 542-1025, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., fax: (602) 542-0883, la dirección del sitio web es: www.azdhs.gov.

Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene cualquier problema o duda acerca de los servicios o la atención médica cubierta, en el Capítulo 9 de este cuadernillo se informa lo que puede hacer. Allí se proporcionan detalles sobre la manera de abordar todo tipo de problemas y quejas. Lo que usted debe hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Usted podría necesitar pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación ante nosotros para solicitar un cambio de decisión de cobertura o presentar una queja. Cualquier cosa que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo), **estamos obligados a tratarlo justamente.**

Usted tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que ha sido tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	---

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

Si usted considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019, o por TTY (teléfonos de texto) al 1-800-537-7697, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si usted considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y que *no* es por discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema de la siguiente manera:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

Usted puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio de Medicare en Internet para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
 - O 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 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

A continuación, se enumeran los pasos que usted debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna duda, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Use este cuadernillo de Evidencia de cobertura para saber qué servicios se encuentran cubiertos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos, que incluyen qué servicios están cubiertos, qué servicios no están cubiertos, las normas que debe seguir y lo que usted debe pagar.
 - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados usted está obligado a informarnos de ello.** Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
 - Estamos obligados a cumplir las normas establecidas por Medicare y Medicaid para verificar que usted está usando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que usted obtiene por nuestro plan con otros beneficios de salud y medicamentos disponibles para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Infórmele a su médico y a otros proveedores de servicios de salud que se encuentra afiliado al plan.** Muestre su tarjeta de membresía cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención posible, obtenga toda la información que pueda sobre sus problemas de salud y brinde la información que ellos requieran sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
 - Asegúrese de que su médico sepa todos los medicamentos que usted está tomando, incluidos los de venta libre, vitaminas y complementos.

- Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores de salud deben explicarle las cosas en una manera que usted pueda comprender. Si usted formula una pregunta y no comprende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Tenga consideración.** Se espera que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, es responsable de cumplir con estos pagos:
 - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - A fin de reunir los requisitos para afiliarse a nuestro plan, usted debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Steward Health Choice Generations, Medicaid paga la prima de la Parte A (si usted no califica para ella automáticamente) y la prima correspondiente a la Parte B. Si Medicaid no le paga las primas, usted debe seguir pagando las primas de Medicaid a fin de seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, deberá pagar su parte del costo cuando obtenga el servicio o medicamento. Esto puede ser un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4 se especifica lo que usted debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6 se especifica lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si usted obtiene servicios médicos o medicamentos no cubiertos por nuestro plan u otro seguro que pueda tener, usted debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagar un recargo para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si se le pide que pague una cantidad adicional por la Parte D debido a sus altos ingresos (según se detalla en su última declaración jurada), deberá pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo un miembro de nuestro plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe en seguida. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
 - **Si se muda fuera del área de servicio del plan, ya no podrá permanecer como miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1 se le informa sobre nuestra área de servicio). Lo podemos ayudar para que sepa si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si deja nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial para que se pueda afiliar a cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Nosotros podemos decirle si contamos con un plan en su nueva área.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de cobertura de servicios, aún nos debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que lo informe a la oficina del Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas o dudas.**
También agradecemos las sugerencias que pueda aportar para mejorar el plan.
 - Los números de teléfono y horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo.
 - Para más información sobre cómo comunicarse con nosotros, además de nuestros correos, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

INFORMACIÓN DETALLADA.....	175
SECCIÓN 1 Introducción.....	175
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes.....	175
Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?	175
SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.....	176
Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	176
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para tratar su problema?	177
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de beneficios de Medicare o de beneficios de Medicaid?	177
PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>	178
SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas de sus beneficios de <u>Medicare</u>.....	178
Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para hacer reclamos?	178
SECCIÓN 5 Una guía sobre los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones	179
Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: una idea general.....	179
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	180
Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo le entrega información para su situación?...	181
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación	181
Sección 6.1 En esta sección se indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo de su atención.....	181
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle al plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que requiere).....	183
Sección 6.3 Paso a paso: Cómo realizar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura para atención médica de nuestro plan)	187

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	190
Sección 6.5	¿Qué ocurre si nos solicita que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura recibida por atención médica?.....	192
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación	193
Sección 7.1	En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D.....	193
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?.....	195
Sección 7.3	Puntos importantes que debe conocer sobre solicitar excepciones	197
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	197
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo realizar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de nuestro plan).....	201
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo realizar una Apelación de Nivel 2.....	204
SECCIÓN 8	Cómo solicitar una cobertura para una internación más larga en un hospital si piensa que su médico le dio de alta muy pronto.....	206
Sección 8.1	Durante su internación, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informa acerca de sus derechos	207
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital.....	208
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital.....	212
Sección 8.4	¿Qué pasa si no cumple el plazo establecido al hacer una apelación de nivel 1?	213
SECCIÓN 9	Cómo solicitar al plan que mantenga la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura va a terminar demasiado pronto	216
Sección 9.1	<i>Esta parte describe solo tres servicios:</i> atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)	216
Sección 9.2	Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura.....	217
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de nivel 1 para solicitar que su atención esté cubierta por nuestro plan más tiempo.....	218
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de nivel 2 para solicitar que su atención esté cubierta por nuestro plan más tiempo.....	220
Sección 9.5	¿Qué pasa si no cumple el plazo establecido al hacer una apelación de nivel 1?	222

SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más	225
Sección 10.1	Los niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos...	225
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por medicamentos de la Parte D.....	226
SECCIÓN 11	Cómo formular una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, los servicio al cliente u otros problemas	228
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas atiende el proceso de quejas?.....	228
Sección 11.2	El nombre formal que se le da a la formulación de una queja es “presentación de una queja”	230
Sección 11.3	Paso a paso: Formulación de una queja.....	230
Sección 11.4	También puede formular quejas por la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	231
Sección 11.5	También puede informar a Medicare sobre su queja.....	232
PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICAID</u>.....		232
SECCIÓN 12	Cómo manejar los problemas con los beneficios de AHCCCS (<u>Medicaid</u>)	232

INFORMACIÓN DETALLADA

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes

En este capítulo, se describen los procesos para tratar los problemas o las inquietudes. El proceso que puede utilizar para tratar su problema depende de dos cosas:

1. Si tiene problemas con los beneficios cubiertos por **Medicare** o por AHCCCS (**Medicaid**). Si desea que lo ayuden a decidir si usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, deberá recurrir al **proceso de presentación de reclamos**.

Estos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Para garantizar un trato justo y rápido de sus problemas, cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y límites máximos de tiempo que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Cuál de los dos procesos debe utilizar? La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

En algunas normas, procedimiento y tipos de límites máximos de tiempo explicados en este capítulo se utilizan términos técnicos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender.

Para simplificar, en este capítulo se explican las normas y los procedimientos legales con términos más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo dice generalmente “formular una queja” en lugar de “hacer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”. También usa la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser de utilidad, y a veces muy importante, que conozca los términos legales correspondientes a la situación en la que se encuentra. El saber qué términos usar ayudará a que

se comunique de manera más clara y exacta cuando esté tratando sus problemas y a recibir la ayuda y la información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1	Dónde obtener más información y ayuda personalizada
--------------------	--

A veces el inicio o seguimiento de un proceso para tratar un problema puede ser confuso. Esto es especialmente verdad si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, puede ser que usted no tenga los conocimientos que necesita para continuar con el siguiente paso.

Obtenga asistencia de una organización gubernamental independiente

Estamos siempre disponibles para prestarle asistencia. Sin embargo, en algunas situaciones, usted también necesitará la asistencia o guía de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. Tiene siempre la opción de contactar a su **Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental tiene asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa lo pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindar más información y ofrecer un asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3, de este cuadernillo.

También puede obtener asistencia e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia en caso de tener algún problema, también puede comunicarse con Medicare. Existen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

Puede obtener ayuda e información de AHCCCS (Medicaid)

Para más información sobre AHCCCS (Medicaid), llame al (855) HEA-PLUS (855) 432-7587 TTY (800) 367-8939 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Para acceder a la dirección de correo y la información del sitio web de AHCCCS (Medicaid), consulte el Capítulo 2, Sección 6, en la portada de este cuadernillo.

Para obtener más información sobre el Defensor de Arizona, puede llamar al (602) 277-7292 o a la línea gratuita si se encuentra fuera del condado de Maricopa al: 1-800-872-2879. Para obtener la dirección de correo y la información del sitio web del defensor de Arizona, consulte el Capítulo 2, Sección 6, en la portada de este cuadernillo.

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

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de beneficios de Medicare o de beneficios de Medicaid?
--

Como tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, hay distintos procesos que puede usar para manejar su problema o reclamo. El proceso a usar depende de si el problema es acerca de los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si tiene problemas con los beneficios cubiertos por Medicare, debe usar los procesos de Medicare. Si su problema trata de un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe usar el proceso de Medicaid. Si desea que lo ayuden a decidir si tiene que usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Los procesos de Medicare y Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, use la tabla siguiente:

Para saber qué parte del capítulo le indica qué hacer con su problema o duda, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema es sobre beneficios de Medicare o de Medicaid?

(Si desea ayuda para decidir si su problema es sobre beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Mi problema es sobre beneficios de **Medicare**.

Vaya a la próxima sección de este capítulo, **Sección 4 “Manejo de los problemas sobre sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema se refiere a la cobertura de **Medicaid**.

Vaya directo a la **Sección 12** de este capítulo, **“Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid”**.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 **Cómo manejar los problemas de sus beneficios de Medicare**

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para hacer reclamos?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. En la tabla siguiente, obtendrá ayuda para encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o reclamos acerca de los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte del capítulo lo ayudará con su problema o inquietud acerca los beneficios de **Medicare**, use este cuadro:

¿Su problema o duda es sobre beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas para determinar si atenciones médicas o medicamentos recetados en particular están o no cubiertos, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con los pagos de atención médica o medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5 “Una guía básica sobre decisiones de cobertura y presentación de apelaciones”**.

No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.

Vaya directo a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otros problemas”**.

SECCIÓN 5 Una guía sobre los principios básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: una idea general
--

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura, además de los problemas de pago. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Estamos tomando una decisión de cobertura si decimos lo que está cubierto y cuánto debe pagar usted. Por ejemplo, su médico de la red de nuestro plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cuando recibe atención médica de este o si lo deriva a un especialista. Usted o su médico también pueden contactarnos para solicitar una decisión de cobertura, si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico determinado o si se niega a prestar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si el plan cubriría un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos tomar una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos podríamos determinar que el servicio o medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

En caso de no estar de acuerdo con una decisión de cobertura nuestra, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión de cobertura que hemos tomado.

Al formular por primera vez una apelación, esta se conoce como Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que estamos cumpliendo todas las normas correctamente. Su apelación es manejada por diferentes revisores que no sean los mismos que tomaron la decisión original desfavorable. Una vez finalizada la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, de las cuales hablaremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

En caso de que deneguemos la totalidad o una parte de su Apelación de Nivel 1, puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es dirigida por una organización independiente que no tiene relación con el plan. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a una organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto ocurre, se lo informaremos.

En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Estos son los recursos que usted puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
- Para **obtener asistencia gratuita de una organización independiente** que no está relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (lea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
 - Respecto de la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 a su nombre. Si su apelación resulta rechazada en el Nivel 1, está se elevará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, es necesario que designe a su médico como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro médico responsable de la receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 a su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 2, es necesario que designe a su médico u otro profesional responsable de la receta como su representante.
- **Usted puede pedirle a otra persona que actúe en nombre suyo.** Si lo desea, usted puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguna persona que ya se encuentra legalmente autorizada para actuar como su representante según las leyes del Estado.
 - Si usted desea nombrar a un amigo, familiar, su médico u otro proveedor como su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web StewardHCGenerations.org.) El formulario otorga a esa persona el permiso para actuar en nombre suyo. Debe estar firmado por usted y por la persona que va a actuar en nombre suyo. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en nombre suyo.** Usted puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de derivaciones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo le entrega información para su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y límites máximos de tiempo diferentes, le damos los detalles de cada una en una parte diferente:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitar una cobertura para una internación más larga en un hospital si piensa que su médico le dio de alta muy pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitar el mantenimiento de ciertos servicios médicos si piensa que la cobertura termina demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral [CORF, por sus siglas en inglés]*).

Si no está seguro sobre alguna sección que vaya a usar, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). También puede pedir asistencia o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud que le corresponde (en el Capítulo 2, Sección 3, de este cuadernillo encontrará los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación

 **¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía sobre “lo esencial” acerca de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, puede leerla antes de comenzar esta sección.**

Sección 6.1 En esta sección se indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo de su atención

En esta parte, se describen sus beneficios de atención o servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que debe pagar)*. Para simplificar, generalmente hacemos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención o tratamiento o servicios médicos”.

En esta parte, se describen los pasos que se deben seguir en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle, y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
3. Usted ha recibido atención o servicios médicos que usted considera que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por tales servicios.
4. Usted ha recibido y pagado por atención o servicios médicos que usted considera que deben estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por estos servicios.
5. Le han informado que la cobertura por cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente será reducida o cancelada y considera que reducirla o cancelarla podría dañar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que será cancelada corresponde a atención hospitalaria, servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o servicios de establecimientos de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer una sección que no es de este capítulo, porque estos tipos de atenciones están sujetos a normas especiales. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitar una cobertura para una internación más larga en un hospital si piensa que su médico le dio de alta muy pronto*
 - Capítulo 9, Sección 9: *Cómo solicitar al plan que mantenga la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura va a terminar demasiado pronto.* En esta sección se describen tres servicios solamente: atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)
 - Para *todas las demás* situaciones en que usted es informado que la atención médica que ha estado recibiendo será cancelada, consulte esta parte (Sección 6) como guía sobre qué hacer.

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos la atención o los servicios médicos que solicita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Pase a la siguiente sección de este capítulo, Sección 6.2 .
¿Le hemos informado que nuestro plan no cubrirá ni pagará por una atención médica del modo que usted desea que se cubra o se pague?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está solicitando que lo reconsideremos). Vaya directo a la Sección 6.3 al final de este capítulo.
¿Desea solicitarle al plan que le reembolse la atención o los servicios médicos que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Vaya directo a la Sección 6.5 al final de este capítulo.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo o solicitarle al plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que requiere)
--------------------	---

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra a la atención médica, la determinación inicial se denomina “ determinación de organización ”.

Primer Paso: Pida al plan que haga una decisión de cobertura por la atención médica que solicita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”.

Términos legales

Una “ decisión de cobertura rápida ” se llama también “ decisión acelerada ”.

Cómo solicitar cobertura por la atención médica que usted desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o demos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su doctor o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener los detalles sobre cómo contactarnos, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con el plan cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente utilizamos los plazos estándares para comunicarle a usted nuestra decisión

Al informarle nuestra decisión, aplicaremos los plazos “estándares”, a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar significa que le comunicaremos una respuesta en el plazo de los 14 días calendario** de recibida su solicitud.

- **Sin embargo, nos podemos extender hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos más información (como su historia clínica de los proveedores fuera de la red) que lo pueda beneficiar. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede hacer un “reclamo rápido” por nuestra decisión de extender el plazo. Al presentar una queja rápida, le responderemos en el plazo de las 24 horas. (El proceso para hacer un reclamo es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información sobre el proceso de presentación quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en el plazo de las 72 horas.**
 - **Sin embargo, nos podemos extender hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que lo podría beneficiar (como su historia clínica de los proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede hacer un “reclamo rápido” por nuestra decisión de extender el plazo. (Para más información sobre el proceso de presentación quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto hayamos decidido.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si está solicitando cobertura por atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede

obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica que ya ha recibido).

- Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si aplicar los plazos estándares *puede causarle un daño serio a su salud o sus funciones corporales*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, acordaremos automáticamente otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por cuenta propia, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación (y, por el contrario, aplicaremos los plazos estándares).
 - En esta carta se le informará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - En la carta también se le informará cómo puede formular una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. (Para más información sobre el proceso de presentación quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Segundo Paso: Tomamos en cuenta su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Generalmente, para decisiones de cobertura rápidas, le informaremos nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, el plazo puede extenderse 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión sobre su cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede hacer un “reclamo rápido” por nuestra decisión de extender el plazo. Al presentar una queja rápida, le responderemos en el plazo de las 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentación quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le informamos nuestra respuesta en el transcurso de las 72 horas (o si se establece un plazo de tiempo extendido, hacia el final de dicho plazo), usted tiene derecho de presentar una apelación. En la Sección 6.3 a continuación se muestra cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer en el plazo de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión sobre la cobertura, autorizaremos o daremos la cobertura antes de finalizar dicho plazo extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** le enviaremos por escrito una explicación detallada del motivo de nuestra negativa.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- Generalmente, para decisiones de cobertura estándar, le informaremos nuestra respuesta **en el plazo de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.**
 - El plazo puede extenderse hasta 14 días calendario adicionales (“un plazo de tiempo extendido”) en ciertos casos. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión sobre su cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede hacer un “reclamo rápido” por nuestra decisión de extender el plazo. Al presentar una queja rápida, le responderemos en el plazo de las 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentación quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le informamos nuestra respuesta en el transcurso de los 14 días calendario (o si se establece un plazo de tiempo extendido, hacia el final de dicho plazo), usted tiene derecho de presentar una apelación. En la Sección 6.3 a continuación, se muestra cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer en el plazo de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión sobre la cobertura, autorizaremos o daremos la cobertura antes de finalizar dicho plazo extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita explicando por qué nuestra respuesta es negativa.

Tercer Paso: Si no aceptamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea realizar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, usted tiene derecho a solicitar que reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante la presentación de una apelación. La presentación de una apelación significa que usted hará otro intento por obtener la cobertura por atención médica que usted desea.
- Si usted decide presentar una apelación, significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (ver la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo realizar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura para atención médica de nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama “reconsideración” .
--

Primer Paso: Usted se comunica con nosotros y presenta la apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una **“apelación rápida”**.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque una sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por su atención médica*.
- **Si usted solicita una apelación estándar, preséntela por escrito mediante una solicitud firmada.** Usted puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación por su atención médica*).
 - Si tiene a alguien apelando nuestra decisión en nombre suyo, sin ser su médico, la apelación debe incluir un formulario de designación de representante que autorice a esta persona a actuar en su nombre. (Para obtener este formulario, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) y solicite el formulario de “Designación de representante”. El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.StewardHCGenerations.org.) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario en el plazo de los 44 días calendario de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito en el cual le explicaremos su derecho a solicitar que la Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted puede solicitar una apelación rápida escribiéndonos o llamándonos** por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación por su atención médica*).

- **Debe presentar la apelación en el plazo de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una justificación por no haberlo cumplido, le podemos otorgar más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de un buen motivo para no cumplir el plazo, se encuentran, entre otros, que haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información concerniente a su decisión médica y agregar más información para sustentar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si usted lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede llamarnos para hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si está apelando a una decisión tomada por nuestro plan sobre cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y su médico tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se describen precedentemente en esta parte).
- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, le otorgaremos una apelación rápida.

Segundo Paso: Tenemos en cuenta su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan esté revisando su apelación, volveremos a revisar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Cuando rechazamos su solicitud, verificamos que hayamos actuado con objetividad y cumplido todas las normas.
- Reuniremos más información si la necesitamos. Podremos contactarlos a usted y a su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos comunicarle nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más**. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en el transcurso de 72 horas (o si, al finalizar el período extendido, nos demoramos más días), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más información sobre esta organización y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos informarle nuestra respuesta **en el plazo de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación si su apelación es sobre cobertura por servicios que usted aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más**. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede hacer un “reclamo rápido” por nuestra decisión de extender el plazo. Al presentar una queja rápida, le responderemos en el plazo de las 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentación quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le informamos nuestra respuesta antes del plazo mencionado (o antes del final del plazo de tiempo extendido), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a revisión por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le daremos más información sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer en el plazo de los 30 días calendario de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Tercer Paso: Si nuestro plan rechaza la totalidad o una parte de su apelación, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para verificar que hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a trasladar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”.** Al hacer esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelación, el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos para su primera apelación. Esta organización decide si nuestra decisión debería ser cambiada.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones, se denomina “**IRE**”.

Primer Paso: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama el “expediente de su caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted presentó una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si usted presentó una apelación “rápida” en el Nivel 1, también podrá acceder automáticamente a una apelación “rápida” en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo puede beneficiar, **podrá extender el plazo por 14 días calendario más.**

Si usted presentó una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si usted presentó una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, también tendrá, de forma automática, una apelación estándar en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo puede beneficiar, **podrá extender el plazo por 14 días calendario más.**

Segundo Paso: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito, junto con las razones para tal decisión.

- **Si la respuesta de la organización revisora es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de las 72 horas o proveer el servicio en el plazo de los 14 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización revisora para los requisitos estándares, o en el plazo de las 72 horas desde la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización revisora para los requisitos acelerados.
- **Si la respuesta de la organización revisora es negativa a la totalidad o una parte de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de revisión independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que usted solicita debe ser por un mínimo específico. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no podrá realizar otra apelación, lo que significa que la decisión de Nivel 2 es final. El aviso escrito que reciba por parte de la Organización de Revisión Independiente le dirá

cómo saber el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Tercer Paso: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir apelando.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted deberá decidir si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2, se incluye la información sobre cómo proceder en este caso.
- La Apelación de Nivel 3 se presenta ante un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	¿Qué ocurre si nos solicita que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura recibida por atención médica?
--------------------	--

Si usted necesita solicitarnos el pago de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que usted puede necesitar pedir un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También se informa sobre la forma en que nos debe enviar la documentación en que se solicita el pago.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación donde se solicita un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). A fin de tomar esta decisión de cobertura, procederemos a revisar si la atención médica que usted pagó corresponde a un servicio con cobertura (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que debe pagar)*). También revisaremos si cumplió todas las normas de uso de la cobertura de atención médica (estas normas aparecen en el Capítulo 3 de este cuadernillo: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Responderemos afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si la atención médica que pagó se encuentra cubierta y usted cumplió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en el plazo de los 60 días calendario de haber recibido su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago es lo mismo que decir *sí* a su solicitud sobre una decisión de cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* cumplió todas las normas, no le enviaremos el pago. En lugar de ello, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos por los servicios y explicándole en detalle las razones por las cuales hemos tomado tal decisión. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si usted solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3.

Consulte esta sección para obtener instrucciones paso por paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si usted presenta una apelación de reembolso, tenemos la obligación de darle una respuesta en el plazo de los 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si usted solicita un reintegro por atención médica que ya ha recibido y ha pagado usted mismo, no le está permitido solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar un pago, estamos obligados a enviarle el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en el plazo de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, estamos obligados a enviarle el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en el plazo de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación

 ¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía sobre “lo esencial” acerca de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, puede leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 7.1	En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista)* de nuestro plan. Para que esté cubierto, su medicamento debe ser usado bajo indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que esté aprobado por la

Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldada por ciertos libros de referencia.
(Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para más información sobre una indicación médica aceptada.)

- **En esta sección, se analizan solamente los medicamentos correspondientes a la Parte D.** Con el objeto de simplificar, en el resto de esta sección nos referimos a “medicamento” en lugar de repetir “medicamento recetado para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre lo que significa medicamentos de la Parte D, *Lista de medicamentos cubiertos (Lista)*, normas y restricciones de la cobertura e información de costos, lea el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se detalla en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o sobre el monto que aceptamos pagar por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama “ determinación de cobertura ”.

A continuación, le brindamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted solicita para sus medicamentos de la Parte D:

- Usted solicita que hagamos una excepción, que incluye:
 - Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista)* del plan.
 - Solicitar la renuncia a una restricción en la cobertura del plan de un medicamento (como límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento tiene cobertura para usted y si cumple los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando el medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Lista]* pero necesitamos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos para usted).
 - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si en la farmacia le dicen que no pueden proporcionarle su receta tal como está indicado, recibirá un aviso por escrito donde se explique cómo comunicarse con nosotros a fin de solicitar una decisión de cobertura.
- Usted solicita que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura por pagos.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la siguiente tabla como ayuda para determinar qué parte contiene información sobre su situación:

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eliminemos una norma o restricción sobre los medicamentos que cubrimos?	Usted solicita que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Empiece por la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento en nuestra lista de medicamentos y considera que cumple con las restricciones o normas de todos los planes (como, por ejemplo, conseguir la aprobación previa) por un medicamento que necesita?	Puede pedirnos una decisión de cobertura para usted. Vaya directo a la Sección 7.4 al final de este capítulo.
¿Desea solicitarle al plan que le reembolse un medicamento que ya ha recibido y pagado?	Podrá solicitar el reembolso de nuestra parte. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya directo a la Sección 7.4 al final de este capítulo.
¿Le hemos informado que nuestro plan no cubrirá ni pagará por un medicamento del modo que usted desea que se cubra o se pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está solicitando que lo reconsideremos). Vaya directo a la Sección 7.5 al final de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán presentar las razones médicas para justificar su necesidad de aprobación de la excepción. Una vez

cumplido con este paso, podremos considerar su solicitud. A continuación, detallamos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional responsable de la receta pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista)*. (La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales
Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una “ excepción a la Lista ”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no corresponde a la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de distribución de costos que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.

2. Eliminación de una restricción sobre nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Hay normas adicionales o restricciones que se aplican para ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista)* (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “ excepción a la Lista ”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener aprobación del plan anticipadamente* antes de que aceptamos cubrir el medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - *Estar obligado a probar otro medicamento primero* antes de que aceptamos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - *Límites sobre la cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener.

Sección 7.3 Puntos importantes que debe conocer sobre solicitar excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregar una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando solicita la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo posee la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y causa más efectos colaterales u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud por una excepción.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud por una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto se mantiene siempre que su médico continúe recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si respondemos negativamente a su solicitud por una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección 7.5 se describen los pasos que debe seguir para presentar una apelación si nuestra respuesta es negativa.

En la siguiente parte le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Primer Paso: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura por los medicamentos o pagos que usted necesita. Si por su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**decisión de cobertura rápida**”. **No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita devolver el pago por un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, enviarnos una carta o un fax a nuestro plan para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para más información al respecto, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la parte titulada, *Cómo contactarse con nosotros para solicitar una*

decisión de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. O bien, si nos está solicitando un reintegro por un medicamento, consulte la parte titulada *Dónde enviar una solicitud pidiéndonos el pago de nuestra parte del costo por el medicamento que usted ha recibido.*

- **Usted o su médico u otra persona que actúa en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 5 de este capítulo se explica cómo usted puede otorgar un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante. También puede indicar que un abogado actúe en nombre suyo.
- **Si usted desea solicitarnos un reintegro por un medicamento**, primero lea el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que tal vez tenga que solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitar el reintegro de nuestra parte de la distribución de costos por el medicamento que usted ha pagado.
- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”.** Su médico u otra persona que recete deben darnos las razones médicas por la excepción del medicamento que está solicitando. (A esto le llamamos la “declaración de apoyo”). Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona que recete pueden indicarnos por teléfono y luego enviar la declaración firmada por fax o teléfono, si aplica. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para más información sobre solicitudes de excepciones.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales
A una “decisión de cobertura rápida” se le conoce como una “ determinación de cobertura acelerada ”.

- Al informarle nuestra decisión, aplicaremos los plazos “estándares”, a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en el transcurso de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en el plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**

- Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita un medicamento que aún no ha recibido. (Usted no puede obtener una decisión de cobertura rápida si está solicitando un reintegro por un medicamento que ya compró).
- Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si aplicar los plazos estándares *puede causarle un daño serio a su salud o sus funciones corporales*.
- **Si su médico u otro profesional responsable de la receta nos informan que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su propia cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona que recete) nuestro plan decidirá si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación (y, por el contrario, aplicaremos los plazos estándares).
 - Esta carta le informará que si su médico u otro profesional responsable de la receta solicitan una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo puede presentar un reclamo por nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Le informa cómo formular una queja “rápida”, lo que significa que usted recibiría nuestra respuesta a su reclamo en el plazo de las 24 horas de haberla recibido. (El proceso para hacer un reclamo es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información sobre el proceso de formulación de quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Segundo Paso: Tenemos en cuenta su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **en el plazo de las 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa en el transcurso de las 24 horas de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - De no cumplir con este plazo, estaremos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometido a la revisión de una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, describimos esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer en el plazo de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita explicándole el motivo de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos informarle nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas.**
 - Generalmente, esto significa en el transcurso de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, estaremos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a la revisión de una organización independiente. Más adelante en esta sección, describimos esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **en el plazo de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita explicándole el motivo de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” con respecto al pago por un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en el plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estaremos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a la revisión de una organización independiente. Más adelante en esta sección, describimos esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** debemos también hacerle un reembolso en el plazo de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicándole el motivo de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

Tercer Paso: Si no aceptamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea realizar una apelación.

- Si la respuesta de nuestro plan es negativa, usted tiene derecho a realizar una apelación. Realizar una apelación significa que nos solicita que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) la decisión que tomamos.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo realizar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una “ redeterminación ” del plan.
--

Primer Paso: Se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para comenzar su apelación, usted (o su representante o persona que recete) debe comunicarse con nuestro plan.**
 - Para obtener detalles sobre cómo contactarnos por teléfono, fax, correo o a través de nuestro sitio web, para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros si presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si usted solicita una apelación estándar, presente una solicitud escrita.** Usted puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos a nuestro plan para presentar una apelación por medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Usted puede solicitar una apelación rápida escribiéndonos o llamándonos por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D.*)

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar la apelación en el plazo de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una justificación por no haberlo cumplido, le podemos otorgar más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de un buen motivo para no cumplir el plazo, se encuentran, entre otros, que haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información contenida en su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “ redeterminación acelerada ”.

- Si usted está apelando una decisión tomada por nosotros respecto a un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita presentar una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Segundo Paso: Tenemos en cuenta su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando estamos analizando su apelación, volvemos a revisar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Cuando rechazamos su solicitud, verificamos que hayamos actuado con objetividad y cumplido todas las normas. Podremos comunicarnos con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a la revisión de una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le daremos más información sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, debemos proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita de por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **en el plazo de los 7 días calendario** de recibida su apelación por un medicamento aún no entregado. Le informaremos nuestra decisión antes si usted aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si considera que su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.
 - Si no le informamos nuestra decisión en el plazo de los 7 días calendario, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a la revisión de una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta parte, le daremos más información sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer a la mayor brevedad posible según lo requiere su estado de salud, pero **antes de los 7 días calendario** de recibida su apelación.
 - Si aprobamos su solicitud de un reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en el plazo de los 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita de por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

- Si solicita el reintegro de un medicamento que ya compró, estamos obligados a darle una respuesta en el **transcurso de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no le informamos nuestra decisión en el plazo de los 14 días calendario, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será sometida a la revisión de una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, describimos esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, debemos también hacerle un reembolso en el plazo de los 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o una parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicándole el motivo de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

Tercer Paso: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si contestamos negativamente a su apelación, usted puede aceptar esta decisión o continuar y presentar otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, su apelación se trasladará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (lea la información a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo realizar una Apelación de Nivel 2

Si contestamos negativamente a su apelación, usted puede aceptar esta decisión o continuar y presentar otra apelación. Si usted decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** analiza nuestra decisión de rechazar su primera apelación. Esta organización decide si nuestra decisión debería ser cambiada.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones, se denomina “**IRE**”.

Primer Paso: Para presentar una Apelación del nivel 2, usted (o su representante, su médico, u otra persona que haya extendido la receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si nuestro plan rechaza su apelación del nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo hacer la apelación del nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede

presentar esta Apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización revisora.

- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama el “expediente de su caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Segundo Paso: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de su Parte D con nuestro plan.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. Esta organización le informará su decisión por escrito y explicará las razones de ella.

Plazos para apelaciones “rápidas” en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización revisora decide otorgarle una “apelación rápida”, la organización revisora deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en el plazo de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **en el plazo de las 24 horas** de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.

Plazos para apelaciones “estándar” en el Nivel 2

- Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en el plazo de los 7 días calendario** de recibida su apelación, en caso de que se trate de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita el reintegro de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en el transcurso de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa a la totalidad o una parte de su solicitud:**

- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura por el medicamento** aprobada por la organización revisora **en el plazo de las 72 horas** de recibida la decisión de la organización revisora.
- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago usted en el plazo de los 30 días calendario** de recibida la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora responde negativamente a su apelación?

Si esta organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización acuerda con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”).

Si la Organización de revisión independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura por medicamentos que usted solicita es muy bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 será final. El aviso que reciba por parte de la Organización de Revisión Independiente le dirá el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Tercer Paso: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple el requisito, usted decide si desea seguir adelante con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted deberá decidir si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que usted recibió después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 se presenta ante un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar una cobertura para una internación más larga en un hospital si piensa que su médico le dio de alta muy pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, usted tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para más información sobre nuestra cobertura de atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta

cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que debe pagar)*.

Durante su internación cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que será dado de alta del hospital. También lo ayudarán a coordinar la atención que usted podrá requerir después del alta.

- El día en que deja el hospital se llama “**fecha de alta**”.
- Cuando se ha determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, usted puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada. En esta parte, se explica cómo debe proceder en estos casos.

Sección 8.1	Durante su internación, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informa acerca de sus derechos
--------------------	---

Durante su hospitalización cubierta, le entregarán un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que los hospitalizan. Alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe dárselo en el plazo de dos días posteriores a su hospitalización. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). 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.

- 1. Lea este aviso atentamente y si no lo comprende pregunte.** Le informa sus derechos como paciente del hospital, que incluyen:
 - su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho de conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir;
 - su derecho a participar en las decisiones con respecto a su internación en el hospital y a conocer quién pagará por la misma;
 - dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de atención provista por el hospital;
 - su derecho a apelar su decisión de alta si considera que ha sido dado de alta de un hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso escrito de Medicare le informa cómo debe proceder para “**solicitar una revisión inmediata**”. La solicitud de una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que su cobertura de atención en el hospital se extienda un tiempo más. (En la Sección 8.2 a continuación se informa cómo solicitar una revisión inmediata).

2. Debe firmar el aviso escrito como acuse de su recibo y para demostrar que comprende sus derechos.

- Usted u otra persona que actúa en nombre suyo debe firmar el aviso. (En la Sección 5 de este capítulo se describe cómo puede darle un permiso escrito a otra persona para que esta actúe como su representante).
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta (su médico o personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso *no* significa que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso firmado para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) a mano en caso de necesitarla.

- Si usted firma el aviso más de dos días antes del día que dejará el hospital, usted recibirá otra copia antes de que esté programado que le den de alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) 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 verlo en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Sección 8.2

Paso a paso: Cómo hacer una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea solicitar que el tiempo de cobertura de sus servicios de hospital sea extendido, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que corresponden a los trámites que debe realizar.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa dicha apelación. Lo hace para verificar si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

Primer Paso: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y pida una “revisión rápida” de su alta del hospital. Usted deberá actuar rápidamente.

La “revisión rápida” también se llama “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno Federal. Estos expertos no integran nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Un Importante Mensaje de Medicare acerca de sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo).

Actúe rápidamente:

- Para hacer la apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **no después de la fecha de alta planificada.** (La fecha de alta planificada es la fecha que se ha establecido para que usted deje el hospital).
 - Si usted cumple este plazo, usted podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar* por la estadía mientras espera la decisión de su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *usted deberá pagar todos los costos* por la atención en el hospital que recibe después de su fecha de alta programada.
- Si usted no cumple con el plazo para contactar la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de apelar, consulte la Sección 8.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Usted debe solicitar de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted está solicitando que la organización aplique los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una “ revisión rápida ” también se denomina “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.

Segundo Paso: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que usted cree se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario presentar las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán la información que nosotros y el hospital hemos proporcionado.
- Antes de las 12 del mediodía del día posterior al cual los revisores informaron a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso escrito que informa su fecha de alta programada y explica las razones que su médico, el hospital y consideramos correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina **“Explicación detallada de no cobertura”**. Para obtener un modelo de este aviso, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) o 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). O bien, puede ver un modelo de aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Tercer Paso: En el plazo de un día completo después de que tenga toda la información que necesita, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización revisora brinda una respuesta *afirmativa* a su apelación, **debemos continuar brindando los servicios de hospitalización cubiertos por su plan durante el tiempo que estos servicios sean necesarios por razones médicas.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para los servicios de hospitalización cubiertos por su plan. (Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización revisora es *negativa* a su apelación, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura de los servicios de hospitalización finalizará** a las 12 del mediodía el día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y decide permanecer internado en el hospital, **deberá pagar el costo total de la atención de hospital** que recibe a partir de las 12 del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Cuarto Paso: Si la respuesta de la apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea apelar nuevamente.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, usted

podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. En una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a ver la decisión que tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es probable que deba pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta planeada.

A continuación, se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Primer Paso: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y pida otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **en el plazo de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Usted solo puede solicitar esta revisión si permaneció en el hospital después de la fecha en que su cobertura por atención finalizó.

Segundo Paso: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Tercer Paso: En el plazo de los 14 días calendario después de solicitar una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión por su apelación y le informarán su decisión.

Si la respuesta de organización revisora es afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de atención médica en el hospital que recibió desde las 12 del mediodía del día siguiente a la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención médica en el hospital durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización revisora es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto de su Apelación en el Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar el proceso de revisión. Se le informarán los detalles sobre cómo iniciar el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Cuarto Paso: Si la respuesta es no, usted tendrá que decidir si quiere seguir con la apelación de nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, usted podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado mediador revisan su apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué pasa si no cumple el plazo establecido al hacer una apelación de nivel 1?
--------------------	---

Puede apelar a nosotros en cambio

Como se explicó en la Sección 8.2 precedente, usted debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar la primera apelación para su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de que deje el hospital y antes de la fecha de alta planificada). Si no cumple el plazo para contactar esta organización, puede presentar la apelación por otra vía.

Si presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo hacer una apelación *alternativa* de nivel 1

Si usted no cumple el plazo para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, podrá presentarnos la apelación solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos establecidos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “apelación acelerada” .

Primer Paso: Comuníquese con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo contactarse con nosotros para presentar una apelación acerca de su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto quiere decir que solicita que le entreguemos una respuesta con los plazos establecidos “rápidos” en lugar que con los plazos establecidos “estándar”.

Segundo Paso: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su internación en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo usted debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.
- En este caso, aplicaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para informarle nuestra respuesta sobre esta revisión.

Tercer Paso: Le informamos nuestra decisión en el plazo de las 72 horas de haber solicitado una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted de que su internación en el hospital debe prolongarse hasta después de la fecha de alta y que le seguiremos prestando los servicios de hospitalización cubiertos durante el tiempo que sea considerado necesario por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle a usted la parte de los costos que nos corresponde por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos la finalización de su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa,** significa que consideramos que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital finaliza el día que establecimos como el final de la cobertura.
 - Si permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **deberá pagar el costo total** de la atención recibida en el hospital después de la fecha de alta programada.

Cuarto Paso: Si contestamos *negativamente* a su apelación rápida, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para verificar que hemos actuado seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a trasladar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que pasa *automáticamente* al nivel 2 de los procesos de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si nuestra decisión debería ser cambiada.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones, se denomina “**IRE**”.

Primer Paso: Enviamos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en el plazo de las 24 horas de haberle informado nuestra decisión negativa a su primera apelación. (Si usted considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, podrá hacer un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos que se deben seguir para formular una queja).

Segundo Paso: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en el transcurso de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es afirmativa,** nuestro plan deberá efectuar el reembolso (devolverle el dinero) de nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar la cobertura del plan de los servicios de hospitalización durante todo el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si aplican limitaciones de cobertura, pueden establecerse limitaciones por el monto del reembolso o el tiempo que se prolongue la cobertura de los servicios.

- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa***, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.
 - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar el proceso de revisión. Se le informarán los detalles sobre cómo iniciar la Apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Tercer Paso: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede decidir si desea dar el siguiente paso para su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted deberá decidir si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitar al plan que mantenga la cobertura de ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura va a terminar demasiado pronto

Sección 9.1	<i>Esta parte describe solo tres servicios: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	--

Esta parte describe los siguientes tipos de atención *solamente*:

- **Los servicios de atención médica a domicilio** que usted recibe.
- **La atención en un centro de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos que debe reunir para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Los servicios de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que recibe tratamiento para una enfermedad o accidente, o se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de establecimiento, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando usted recibe cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para el

diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, lo que incluye su parte del costo y cualquier limitación de la cobertura correspondiente, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que debe pagar)*.

Cuando decidimos que es tiempo de finalizar la cobertura por cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, estamos obligados a informarle ello por anticipado. Al finalizar la cobertura de esa atención médica, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención*.

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

1. **Recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan termine la cobertura de su atención, recibirá un aviso.
 - El aviso escrito le informa la fecha en dejaremos de proporcionar la cobertura de su atención.
 - El aviso escrito también le informa cómo debe proceder si desea solicitar que nuestro plan cambie la decisión de cuándo finalizar su atención y prolongue la cobertura por más tiempo.

Términos legales

Cuando le informamos cómo debe proceder, el aviso escrito le está explicando cómo solicitar una **“apelación por vía rápida”**. La solicitud de una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos sobre cuándo suspender su atención. (En la Sección 9.3 a continuación se informa cómo presentar una apelación por vía rápida).

Este aviso por escrito se denomina **“Aviso de no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra de este aviso, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (teléfono de texto) deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

2. Debe firmar el aviso escrito como acuse de su recibo.

- Usted u otra persona que actúa en nombre suyo debe firmar el aviso. (En la Sección 5 se informa cómo debe proceder para otorgar un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso demuestra *solamente* que usted recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con el plan de que debe finalizar la atención médica.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de nivel 1 para solicitar que su atención esté cubierta por nuestro plan más tiempo
--------------------	--

Si usted desea que se prolongue nuestra cobertura de su atención, usted debe usar el proceso de apelaciones para esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que se aplican a lo que tiene que hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted considera que no estamos cumpliendo los plazos que nos corresponden, puede hacer un reclamo. En la Sección 11 de este capítulo se explican los pasos que se deben seguir para formular una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analiza su apelación y decide si la decisión tomada por nuestro plan debe cambiar.

Primer Paso: Presente su Apelación de Nivel 1: contacte a la Organización de Mejora de Calidad de su estado y solicite una revisión. Usted deberá actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros expertos de la salud pagados por el gobierno Federal. Estos expertos no integran nuestro plan. Ellos analizan la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare y efectúan una revisión de las decisiones del plan de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación por vía rápida” (para que haga una revisión independiente) para verificar si es correcto desde el punto de vista médico que finalizemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para contactar a esta organización.

- Usted debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación *a más tardar a las 12 del mediodía del día después de recibir el aviso escrito que informa la finalización de la cobertura de su atención.*
- Si no cumple con el plazo para contactar la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentarnos la apelación directamente. Para obtener detalles sobre esta otra forma de apelar, consulte la Sección 9.5.

Segundo Paso: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que usted cree se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario presentar las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización revisora también analizará su información médica, consultarán con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Antes del final del día en el cual los revisores nos informaron acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso nuestro por escrito explicando en detalle las razones por las que finalizamos la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso con explicaciones se denomina “ Explicación detallada de no cobertura ”.

Tercer Paso: En el plazo de un día a partir del momento en que tengan toda la información que necesitan, le harán saber su decisión.

¿Qué sucede si los revisores contestan afirmativamente a su apelación?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que se considere necesario desde el punto de vista médico.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, se pueden establecer limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente a su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le hemos indicado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo atención médica a domicilio o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total por esta atención.**

Cuarto Paso: Si la respuesta de la apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea apelar nuevamente.

- Esta primera apelación que usted presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores contestan *negativamente* a su Apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de nivel 2 para solicitar que su atención esté cubierta por nuestro plan más tiempo
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. En una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a ver la decisión que tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, tal vez deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

A continuación, se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Primer Paso: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y pida otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **en el plazo de los 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Usted solo puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que su cobertura por atención finalizó.

Segundo Paso: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Tercer Paso: En el plazo de 14 días de haber recibido su solicitud de apelación, los encargados decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización revisora contesta afirmativamente a su apelación?

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar el proceso de revisión. Se le informarán los detalles sobre cómo iniciar el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Cuarto Paso: Si la respuesta es no, usted tendrá que decidir si quiere seguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado mediador revisan su apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué pasa si no cumple el plazo establecido al hacer una apelación de nivel 1?

Puede apelar a nosotros en cambio

Como se explica anteriormente en la Sección 9.3, usted debe actuar rápidamente cuando desea contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple el plazo para contactar esta organización, puede presentar la apelación por otra vía. Si presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo hacer una apelación *alternativa* de nivel 1

Si usted no cumple el plazo para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, podrá presentarnos la apelación solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos establecidos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación, se enumeran los pasos que se deben seguir para presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

Primer Paso: Comuníquese con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo contactarse con nosotros para presentar una apelación acerca de su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”**. Esto quiere decir que solicita que le entreguemos una respuesta con los plazos establecidos “rápidos” en lugar que con los plazos establecidos “estándar”.

Segundo Paso: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos por la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.
- Aplicaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para informarle nuestra respuesta sobre esta revisión.

Tercer Paso: Le informamos nuestra decisión en el plazo de las 72 horas de haber solicitado una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si la respuesta de nuestro plan a su apelación rápida es afirmativa** significa que estamos de acuerdo con usted y que continuaremos proveyéndole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle a usted la parte de los costos que nos corresponde por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos la finalización de su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si la nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa**, su cobertura finalizará en la fecha que se lo informamos, y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si usted continuase recibiendo atención médica a domicilio o atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finaliza, **usted deberá pagar el costo total de esta atención.**

Cuarto Paso: Si contestamos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para verificar que hemos actuado seguido todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a trasladar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que pasa *automáticamente* al nivel 2 de los procesos de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si nuestra decisión debería ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones, se denomina “ IRE ”.

Primer Paso: Enviamos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en el plazo de las 24 horas de haberle

informado nuestra decisión negativa a su primera apelación. (Si usted considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, podrá hacer un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos que se deben seguir para formular una queja).

Segundo Paso: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en el transcurso de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta *afirmativamente* a su apelación,** deberemos efectuar el reembolso (le devolveremos el dinero) de nuestra parte de los costos por la atención que ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si aplican limitaciones de cobertura, pueden establecerse limitaciones por el monto del reembolso o el tiempo que se prolongue la cobertura de los servicios.
- **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar el proceso de revisión. Le brindará información sobre cómo debe proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

Tercer Paso: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede decidir si desea dar el siguiente paso para su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado mediador revisan su apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más

Sección 10.1	Los niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos
---------------------	--

Esta parte puede aplicarse a su caso si usted ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta escrita que usted recibe por su Apelación de Nivel 2, se le explicará con quién debe comunicarse y cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se define quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos tres niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal analizará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta del Juez en derecho administrativo con respecto a su apelación es positiva, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** Nosotros determinaremos si apelar esta decisión para llevarla al Nivel 4. A diferencia de una decisión en el nivel 2 (Organización Revisora Independiente), tenemos derecho a apelar a una decisión de nivel 3 que haya sido favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio bajo disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador contesta negativamente a su apelación, el aviso que usted recibe le informará cuál es el siguiente paso si usted decide continuar la apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le entregará una respuesta. Este Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable en el Nivel 3 de apelaciones, el proceso de apelaciones puede, o no haber finalizado.** Nosotros determinaremos si presentamos una apelación de esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el nivel 2 (Organización Revisora Independiente), tenemos derecho a apelar a una decisión de nivel 4 que haya sido favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, el aviso que usted recibe le informará si las normas que le permiten continuar con el Nivel 5 de Apelación. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si usted decide continuar la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** será la encargada de analizar su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por medicamentos de la Parte D

Este parte puede aplicar para su caso si usted ha presentado una Apelación de Nivel 1 y Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor de los medicamentos por los que usted apeló alcanza determinado monto en dólares, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, usted no podrá presentar más apelaciones. La respuesta escrita que recibirá por su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se define quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos tres niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal analizará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura por el medicamento** que haya sido aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en caso de apelaciones aceleradas), o efectuar el pago antes de transcurridos 30 días calendario** desde que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador contesta negativamente a su apelación, el aviso que usted recibe le informará cuál es el siguiente paso si usted decide continuar la apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le entregará una respuesta. Este Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura por el medicamento** aprobado por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago antes de transcurridos 30 días calendario** contados a partir de la fecha que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si usted no acepta la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación o rechaza su solicitud de revisar dicha apelación, el aviso que usted recibe le informará si las normas le permiten continuar con el Nivel 5 de Apelación. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si usted decide continuar la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la Corte de Distrito Federal será la encargada de analizar su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 **Cómo formular una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, los servicio al cliente u otros problemas**



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, esta sección *no es para usted*. En cambio, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Pase a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas atiende el proceso de quejas?**

En esta parte, se explica cómo utilizar el proceso para formular quejas. El proceso de reclamos se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Como problemas relacionados a la calidad de atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que reciba. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan por el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “hacer un reclamo”

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está descontento con la calidad de atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, pobre servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguna persona ha sido grosera o insolente con usted?• ¿Está descontento con el trato de nuestro Departamento de Servicios para Miembros?• ¿Siente que lo están alentando a dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera mucho tiempo para conseguir una?• ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar mucho tiempo? ¿O bien nuestro Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan?<ul style="list-style-type: none">○ Los ejemplos incluyen problemas con el tiempo que tiene que esperar en el teléfono, la sala de espera, para obtener su receta médica o en la sala de exámenes.

Reclamo	Ejemplo
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está descontento con la limpieza o las condiciones de la clínica, hospital o consultorios médicos?
Material que recibirá de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que no le hemos entregado el aviso al que estábamos obligados? • ¿Piensa que la información que le entregamos es difícil de entender?
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones vinculadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones se explica en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si usted solicita una decisión o presenta una apelación, utilice dicho proceso y no el proceso de reclamo.</p> <p>Sin embargo, si usted ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no le estamos respondiendo con rapidez, puede formular una queja por nuestra demora. A continuación, se enumeran algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted nos ha solicitado una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le informamos que no lo haremos, podrá presentar un reclamo. • Si usted considera que no cumplimos los plazos para entregarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación presentada, podrá hacer un reclamo. • Si la decisión de cobertura que tomamos es revisada y se nos comunica que debe ser cubierta o ser reembolsada por los servicios médicos o medicamentos, existen plazos que cumplir. Si usted considera que no estamos cumpliendo los plazos que nos corresponden, puede hacer un reclamo. • Si no le informamos nuestra decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso la Organización de Revisión Independiente. Si no lo cumplimos dentro de los plazos requeridos, podrá hacer un reclamo.

Sección 11.2 El nombre formal que se le da a la formulación de una queja es “presentación de una queja”

Términos legales

- Lo que en esta parte se denomina “**reclamo**” también se denomina “**queja**”.
- Otro término para “**hacer un reclamo**” es “**presentar una queja**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para hacer reclamos**” es “**usar el proceso para presenta una queja**”.

Sección 11.3 Paso a paso: Formulación de una queja

Primer Paso: Comuníquese con nosotros de manera oportuna, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, el primer paso es llamar al Departamento de Servicios para Miembros.** Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo hará saber. El número del Departamento de Servicios para Miembros es (800) 656-8991 (TTY 711), los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede formular su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito. Debe indicar la fecha de incidente ocurrido y una descripción detallada del problema. Envíe esta información a Steward Health Choice Generations, A/A: Quality Management, 410 N 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008 en el plazo de 60 días calendario de ocurrido el incidente. El reclamo o la queja se investigarán y se estudiarán detenidamente dentro del Departamento de Gestión de Calidad de Steward Health Choice Generations.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse inmediatamente con el Departamento de Servicios para Miembros.** El plazo para formular la queja es de 60 días calendario después de ocurrido el problema que originó tal reclamo.
- **Si formula una queja porque rechazamos su solicitud de “decisión de cobertura rápida” o de “apelación rápida”, le otorgaremos una queja “rápida” de forma automática.** Si tiene un reclamo “rápido”, significa que le daremos una respuesta en el plazo de las 24 horas.

Términos legales

Lo que en esta sección se denomina “**reclamo rápido**” también se conoce como “**queja acelerada**”.

Segundo Paso: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos la respuesta enseguida.** Si nos llama para formular una queja, puede que le demos una respuesta al respecto en el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas demoran 30 días calendario en recibir una respuesta.** En caso de que necesitemos más información, y que la demora producida sea por su bien, o si pide una extensión del plazo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su reclamo o no nos hacemos responsables del problema por el cual se queja, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones que justifiquen esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

Sección 11.4 También puede formular quejas por la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede formular su queja acerca de la calidad de la atención recibida, usando el proceso paso a paso explicado anteriormente.

Cuando su reclamo es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si prefiere, puede presentar su reclamo directamente a dicha organización (*sin* presentarnos el reclamo a nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) es un grupo de médicos y otros expertos en salud a quienes paga el gobierno Federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.
 - Para ubicar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo. Si formula una queja a esta organización, trabajaremos en conjunto con ella a fin de buscar una solución.
- **O puede hacer su reclamo ante ambas entidades simultáneamente.** Si lo prefiere, puede dirigirse a nosotros para formular su queja sobre la calidad de la atención o a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Steward Health Choice Generations directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus reclamos seriamente y usará dicha información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no está atendiendo su problema, comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas con los beneficios de AHCCCS (Medicaid)

Proceso de apelaciones y audiencias justas de Medicaid (AHCCCS)

Apelaciones y proceso para la obtención de una audiencia estatal justa - Derecho del afiliado a solicitar una apelación de una acción desfavorable

Steward Health Choice Arizona (SHCA) puede denegar servicios solicitados por su médico o restringir o suspender la atención médica que declaramos que podía recibir. Si esto sucede, recibirá una carta de Steward Health Choice Arizona llamada Aviso de acción. El aviso de acción (NOA, por sus siglas en inglés) le indicará los motivos de la decisión de Steward Health Choice Arizona. Steward Health Choice Arizona le informará la ley, reglamento o política que HCA usó para tomar la decisión y la fecha en que la tomó. El aviso de acción le dirá cómo pedirle a Steward Health Choice Arizona que reevalúe la decisión. Esta revisión se conoce como Apelación. El aviso de acción le dirá cómo continuar obteniendo atención durante el proceso de apelación. El aviso de acción también le dirá que si pierde la apelación, deberá pagar la atención que recibió durante el proceso de apelación. Antes de presentar una apelación, consulte con su médico, ya que podría tener un plan de atención diferente, que podría estar cubierto.

Solicitud de una apelación

Puede solicitar una apelación si recibe un aviso de acción. Puede solicitar la apelación llamando a Steward Health Choice Arizona al 480-968-6866 (en el condado de Maricopa) o al 1-800-322-8670 (TTY 711) (fuera del condado de Maricopa) o escribiendo una carta a Health Choice Arizona. Su carta de apelación debe ser enviada directamente a Steward Health Choice Arizona. No envíe su apelación al AHCCCS. La apelación debe enviarse a Health Choice Arizona en el plazo de 60 días a partir de la fecha que consta en el Aviso de acción.

Steward Health Choice Arizona tiene 5 (cinco) días hábiles para enviarle una carta confirmando haber recibido su apelación. Si lo desea, puede enviarle a Steward Health Choice Arizona más información sobre sus necesidades de atención médica antes de que este organismo tome una decisión respecto de su apelación. Asimismo, puede consultar en cualquier momento del proceso de apelación toda la documentación usada por Steward Health Choice Arizona para tomar su decisión. .

Uso de representante

En caso de no haber podido presentar una apelación por sí mismo, tiene el derecho de solicitarle a un tercero que la presente por usted. A esta persona se la llama representante. Si usted desea que un representante (como ser un familiar, amigo, miembro del clero o incluso su médico) lo ayude con su apelación, debe informar a HCA al respecto, explicándonos en una carta que quiere permitir que su representante presente la apelación en su nombre. Envíe esta carta a:

Steward Health Choice Arizona

A la atención de: Member Appeals
410 N. 44th St, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008

Teléfono dentro del condado de Maricopa: 480-968-6866

Teléfono fuera del condado de Maricopa: 1-800-322-8670

Si necesita ayuda para presentar su apelación, pero no tiene a nadie que pueda hacerlo, el Aviso de acción incluye una lista de agencias que pueden ayudarlo con su apelación. Si necesita otra lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros de HCA.

Además, su médico también puede solicitar una apelación por usted. Si quiere que su médico pida una Apelación, debe darle a su médico su aprobación por escrito para que lo haga.

Si desea continuar recibiendo atención durante el proceso de apelación, debe seguir las reglas detalladas en la sección llamada “Recepción de beneficios continuos” del Aviso de acción.

Envíe su carta o llame a:

Steward Health Choice Arizona

A la atención de: Member Appeals/Compliance
410 N. 44th St, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008

Número de teléfono en el condado de Maricopa: 480-968-6866

Teléfono fuera del condado de Maricopa: 1-800-322-8670

Decisión de la apelación

Steward Health Choice Arizona se encargará de que alguien que no haya leído su caso antes analice su documentación. Después de que Steward Health Choice Arizona haya analizado su caso, le enviaremos una carta informándole nuestra decisión. Esta carta contendrá el Aviso de resolución de la apelación. El Aviso de resolución de la apelación se le enviará por correo electrónico dentro de 30 días después de haber recibido su Apelación estándar o en el transcurso de las 72 horas para el caso de una apelación acelerada.

Apelación acelerada

Si esperar 30 días podría perjudicar gravemente su salud, su vida o su capacidad para alcanzar, recuperar o mantener su nivel máximo de funcionamiento, usted puede solicitar a Steward Health Choice Arizona que tome la decisión más rápidamente. Steward Health Choice Arizona le hará saber si estamos de acuerdo con tomar una decisión rápida. Si Steward Health Choice Arizona no está de acuerdo con que es necesario tomar una decisión rápidamente, le avisaremos de que tomaremos la decisión en el plazo de 30 días. Asimismo, le diremos cómo presentar una queja en caso que no esté de acuerdo con tal resolución. También le enviaremos una carta diciéndole que su solicitud para obtener una apelación rápida ha sido denegada.

Si Steward Health Choice Arizona toma una decisión rápida, intentaremos llamarlo por teléfono. Steward Health Choice Arizona lo llamará en un plazo de 72 horas y le informará sobre la decisión de apelación. Steward Health Choice Arizona también le enviará una carta en un plazo de tres (3) días hábiles donde se le informará la decisión. Esta carta contendrá el Aviso de resolución de apelación acelerada.

Aviso de extensión

Steward Health Choice Arizona responderá a su solicitud de apelación tan pronto como le sea posible. Sin embargo, a veces es en su propio interés que nos tomemos tiempo adicional. Si Health Choice Utah necesita más de 72 horas, en el caso de una decisión acelerada, o de 30 días, en el caso de una decisión estándar, para recopilar toda la información necesaria para revisar completamente su apelación, le informaremos por carta. Esta carta extiende el límite para tomar una decisión respecto de la apelación otros 14 días. Si necesita más de 30 días para obtener toda la información que necesita para su apelación, puede solicitar 14 días más para obtener la información adicional para su apelación ante Steward Health Choice Arizona.

Derecho del afiliado a solicitar una audiencia sobre la decisión de la apelación de Health Choice Arizona

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, puede solicitar una audiencia estatal justa. Debe solicitar la Audiencia estatal justa por escrito. Tiene un plazo de 120 días a partir de la fecha en que reciba la carta del aviso de resolución de la apelación para solicitar una audiencia estatal justa. Si usted desea seguir recibiendo atención durante el proceso de audiencia, debe cumplir los reglamentos indicados en la sección llamada Recepción de beneficios continuos. Envíe su solicitud para una audiencia estatal justa a:

Steward Health Choice Arizona

A la atención de: Member Appeals

410 N. 44th St, Ste. 900

Phoenix, AZ 85008

Número de teléfono en el condado de Maricopa: 480-968-6866

Teléfono fuera del condado de Maricopa: 1-800-322-8670

Después de solicitar una audiencia estatal justa, recibirá un aviso de audiencia de AHCCCS. El Aviso de audiencia le explicará la ley, regla o política que se aplicará en la audiencia, así como cuándo y dónde se celebrará dicha audiencia. AHCCCS también le enviará información sobre el proceso de audiencia y cómo solicitar una por teléfono. Puede hablar usted mismo en la audiencia o permitir, por escrito, que un abogado, familiar, amigo u otra persona hablen en su nombre. Usted (y la persona que le ayude) podrán ver la documentación que se usará en la audiencia. Además, puede pedirle a alguien que conozca su caso que lo acompañe a la audiencia, pues podría aportar información adicional al respecto en esa instancia.

Audiencia estatal justa

Un juez de derecho administrativo presidirá la Audiencia estatal justa. El juez escuchará todo lo que se diga en la audiencia y leerá todos los documentos que se utilicen en la misma. Después de la audiencia, el juez enviará una Recomendación de decisión a AHCCCS. AHCCCS leerá la decisión recomendada y la aceptará, cambiará o rechazará. AHCCCS le enviará una carta informándole acerca de la decisión. Esta carta se llama Decisión del director. La Decisión del director le informa acerca de si están o no de acuerdo con usted, y los motivos que justifican tal postura. AHCCCS enviará la decisión del director alrededor de 90 días después de celebrada la audiencia estatal justa. La decisión también le informará si tiene derecho a hacer otra apelación.

En caso de que solicite una audiencia estatal justa acelerada, AHCCCS enviará la Decisión del director en el transcurso de tres días hábiles tomados a partir de la fecha en que AHCCCS reciba la documentación de su caso.

Arizona. Si pierde la audiencia estatal justa, la decisión del director también le informará si tiene que pagar la atención recibida durante el proceso de dicha audiencia.

Recepción de beneficios continuos

Puede continuar recibiendo atención durante los procesos de apelación y audiencia estatal justa si se aplica todo lo siguiente:

- Steward Health Choice Arizona interrumpe o restringe la atención médica que el plan de salud ya había aprobado.
- Un proveedor certificado pidió el suministro de un servicio médico.
- Aún no concluyó el período asignado para la primera aprobación.
- Solicita seguir obteniendo atención.
- Envía a Steward Health Choice Arizona su apelación antes de que este suspenda o restrinja el tratamiento, o en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha del aviso de acción, lo que sea posterior.

Continuará recibiendo la atención hasta que pase lo siguiente:

- Pide que se detenga la Apelación o Audiencia estatal justa.
- No solicita la atención continuada y no solicita una audiencia en el plazo de 10 días a partir de la fecha en que Steward Health Choice Arizona le envía el aviso de resolución de apelación.
- Pierde la audiencia estatal justa.
- Concluye el plazo de la primera aprobación de Steward Health Choice Arizona para suministrar la atención médica solicitada.

Tenga en cuenta lo siguiente: Usted tendrá que pagar toda la atención que reciba si pierde la apelación o audiencia estatal justa.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su afiliación al plan.

Capítulo 10. Cancelación de su afiliación al plan.

SECCIÓN 1	Introducción.....	239
Sección 1.1	En este capítulo se trata principalmente la cancelación de su afiliación al plan	239
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?.....	239
Sección 2.1	Puede optar por cancelar su membresía debido a que cuenta con Medicare y Medicaid	239
Sección 2.2	Puede cancelar su afiliación durante el período anual de inscripción	240
Sección 2.3	Puede dar de baja su afiliación durante el período abierto de inscripción anual de Medicare Advantage	241
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo cancelar su membresía?.....	243
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su afiliación al plan?	243
Sección 3.1	Generalmente, su afiliación concluye cuando se inscribe en otro plan	243
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su afiliación, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	245
Sección 4.1	Usted sigue siendo miembro del plan hasta que se cancela la afiliación. ...	245
SECCIÓN 5	<i>Steward Health Choice Generations</i> debe cancelar su afiliación al plan en determinadas circunstancias	245
Sección 5.1	¿En qué casos debemos cancelar su afiliación al plan?.....	245
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud	246
Sección 5.3	Tiene derecho a formular una queja si canceláramos su membresía a nuestro plan	247

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	En este capítulo se trata principalmente la cancelación de su afiliación al plan
--------------------	---

La cancelación de su membresía a Steward Health Choice Generations puede ser **voluntaria** (por decisión propia), o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* abandonarlo.
 - Hay sólo ciertas épocas del año, o determinadas situaciones, en la que usted puede voluntariamente terminar su afiliación al plan. La Sección 2 le indica cuándo puede finalizar su afiliación al plan. En la Sección 2 se explican los tipos de planes a los que puede afiliarse y cuándo comienza la inscripción para una nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de nueva cobertura que usted selecciona. En la Sección 3 se explica *cómo* puede cancelar su membresía según cada situación.
- También se establecen ciertas situaciones limitadas en que usted no opta por cancelar su membresía, pero estamos obligados a cancelarla. En la Sección 5, se informan las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si está abandonando nuestro plan, debe continuar obteniendo su atención médica a través de nuestro plan hasta la cancelación de su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

Puede terminarla sólo durante ciertos períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los afiliados tienen la oportunidad de desafilarse durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones es posible que no cumpla con los requisitos para permanecer en el plan en otros períodos del año.

Sección 2.1	Puede optar por cancelar su membresía debido a que cuenta con Medicare y Medicaid
--------------------	--

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante determinados momentos del año. Dado que cuenta con Medicaid, usted puede optar por concluir su afiliación a nuestro plan o elegir un plan diferente por única vez durante cada uno de los períodos de inscripción especial.

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

En caso de que se haya afiliado durante uno de estos períodos, deberá esperar hasta el próximo período para dar por terminada su membresía o elegir otro plan. No está permitido utilizar este período de inscripción especial para cancelar su afiliación entre octubre y diciembre. No obstante, todas las personas que tengan Medicare tiene permitido realizar cambios entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre dentro del período anual de inscripción. En la sección 2.2, se brinda más información sobre el período anual de inscripción.

Nota: Si se encuentra afiliado a un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. El Capítulo 5, Sección 10, brinda más información sobre estos programas de manejo de medicamentos.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado
 - Si cambia a Original Medicare y no se afilia a un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare podrá afiliarlo a un plan de medicamentos, salvo que haya optado por ser excluido de la afiliación automática.

Nota: si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados “acreditable” por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar un recargo por inscripción tardía a la Parte D, en caso de afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (“Acreditable” se refiere a una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos el equivalente de la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.)

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado (AHCCCS) para averiguar acerca de sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono están en el Capítulo 2, Sección 6 de este cuadernillo).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finaliza el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su membresía al nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Puede cancelar su afiliación durante el período anual de inscripción
--------------------	---

Puede dar de baja su afiliación durante el período anual de inscripción (también conocido como “período abierto de inscripción anual”). Esta es la época en que debe revisar la cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Este período tiene lugar cada año desde el 15 de noviembre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el período de inscripción anual?** Puede decidir mantener su actual cobertura o modificarla para el año siguiente. Si

decide cambiarse a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado
- *u* – Original Medicare *sin* un plan por separado de medicamentos de venta con receta médica de Medicare.

Si recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se afilia a un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare podrá afiliarlo a un plan de medicamentos, salvo que haya optado por ser excluido de la afiliación automática.

Nota: Si se desafilia de un plan Medicare de cobertura de medicamentos recetados y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía sí, posteriormente, se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. (“Acreditable” se refiere a una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos el equivalente de la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para mayor información acerca del recargo por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su afiliación terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1° de enero.

Sección 2.3	Puede dar de baja su afiliación durante el período abierto de inscripción anual de Medicare Advantage
--------------------	--

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a la cobertura de salud durante el **período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto ocurre cada año desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este lapso, usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
 - Eliminar su inscripción a nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si opta por cambiarse a Original Medicare durante este período, tiene tiempo hasta el 31 de marzo para afiliarse a un plan de medicamentos recetados de Medicare separado y obtener una mayor cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía concluirá el primer día del mes posterior a haberse inscrito en otro plan de Medicare Advantage o a que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si, además, elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su afiliación a comenzará a regir el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos haya recibido su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En ciertas situaciones puede cancelar su afiliación durante un período de inscripción especial.
--------------------	--

En ciertas situaciones, es posible que cumpla con los requisitos para cancelar su afiliación durante otros períodos del año. Esto se conoce como un **período de inscripción especial**.

- **¿Quiénes cumplen con los requisitos para un período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica se aplica a usted, puede que cumpla con los requisitos para cancelar su afiliación durante el período de inscripción inicial. Estos son sólo ejemplos, para examinar la lista completa comuníquese con el plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - generalmente, cuando se ha mudado;
 - si tiene AHCCCS (Medicaid);
 - si cumple con los requisitos para solicitar “ayuda adicional” para el pago de sus recetas de Medicare;
 - si infringimos el contrato que tenemos con usted;
 - si recibe atención médica de alguna institución, como por ejemplo, un hogar de convalecencia o un hospital para estadias prolongadas (LTC, por sus siglas en inglés).

[**Nota:** en la sección 2.2 se brinda más información acerca del período de inscripción especial para las personas que tengan Medicaid.]

- **¿Cuándo ocurren los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían de acuerdo a su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si reúne los requisitos para participar de un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si cumple con los requisitos para terminar su afiliación, a causa de una situación especial, puede escoger cambiar su cobertura de salud y cobertura de medicamentos de venta con receta médica de Medicare. Esto quiere decir que puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado
 - *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Si recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se afilia a un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare podrá afiliarlo a un plan de medicamentos, salvo que haya optado por ser excluido de la afiliación automática.

Nota: si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción

tardía a la Parte D, en caso de afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (“Acreditable” se refiere a una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos el equivalente de la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para mayor información acerca del recargo por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía concluirá el primer día del mes posterior a que hayamos recibido su solicitud de cambio de plan.

Nota: En la sección 2.1 y 2.2 se brinda más información acerca del período de inscripción especial para las personas que tengan Medicaid, así como sobre la ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede encontrar esta información en el manual *Medicare y usted 2019*.
 - Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia en el plazo del mes posterior a haberse inscrito.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación al plan?

Sección 3.1 Generalmente, su afiliación concluye cuando se inscribe en otro plan

Por lo general, para cancelar su afiliación al plan, simplemente basta con inscribirse en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea trasladarse de nuestro plan a la cobertura de Original Medicare pero no ha elegido un plan separado de Medicare para medicamentos de venta con receta, debe solicitar la desafiliación de nuestro plan. Existen dos maneras en las que puede ser desafiliado:

- Usted puede presentar una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
- --o-- Puede comunicarse con 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.

En la siguiente tabla, se explica cómo cancelar su afiliación a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. Al comenzar la cobertura de su nuevo plan, su afiliación a Health Choice Generations se eliminará automáticamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare separado 	<ul style="list-style-type: none"> • Afiliarse al nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. Al comenzar la cobertura de su nuevo plan, su afiliación a Health Choice Generations se eliminará automáticamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado <ul style="list-style-type: none"> ○ Si cambia a Original Medicare y no se afilia a un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare podrá afiliarlo a un plan de medicamentos, salvo que haya optado por ser excluido de la afiliación automática. ○ Si se desafilia de un plan Medicare de cobertura de medicamentos recetados y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarse. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo). • 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 su desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Al entrar en vigencia la cobertura de Original Medicare, se eliminará automáticamente su afiliación a Steward Health Choice Generations.

Si tiene consultas respecto de los beneficios del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), comuníquese con el programa AHCCCS (Medicaid) al (855) HEA-Plus o al (855) 432-7587. TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo el inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afectan la forma en que recibe su cobertura de AHCCCS (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su afiliación, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Usted sigue siendo miembro del plan hasta que se cancela la afiliación.

Si deja Steward Health Choice Generations, es posible que transcurra cierto tiempo antes de que se cancele su afiliación y entre en vigencia su nueva cobertura. (Consulte la Sección 2 para más información sobre cuando comienza a regir su nueva cobertura). Durante este período, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través del plan.

- **Debe continuar usando la red de farmacias para surtir sus recetas, hasta que termine su afiliación en el plan.** Normalmente, los medicamentos recetados solo están cubiertos si son surtidos en una farmacia de la red, además del servicio de farmacia de pedidos por correo.
- **Si es hospitalizado el día en que concluye su afiliación, normalmente estará cubierto por el plan hasta que sea dado de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 *Steward Health Choice Generations* debe cancelar su afiliación al plan en determinadas circunstancias

Sección 5.1 ¿En qué casos debemos cancelar su afiliación al plan?

Steward Health Choice Generations deberá cancelar su afiliación al plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con Medicare Parte A y Parte B. Si ya no cumple con los requisitos para optar por Medicaid. Tal como se manifestó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está dirigido a personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Steward Health Choice Generations seguirá dándole cobertura durante seis meses completos. Durante este período, debe recuperar la elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) para permanecer en nuestro plan;
- Si se muda de nuestra área geográfica de servicio.
- Si está lejos de nuestra área geográfica de servicios durante más de seis meses.

- Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se va a mudar o viajar está dentro del área del plan. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de otro seguro que usted tiene que provee cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente entrega información incorrecta cuando se inscribe en el plan y esta información afecta los requisitos que debe cumplir para el plan. (No podemos hacerlo abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).

Si continuamente se comporta de manera problemática y dificulta nuestra capacidad para entregar atención médica a usted y a otros afiliados al plan. (No podemos hacerlo abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).

Si permite que alguien más use su tarjeta de afiliación al plan para obtener atención médica. (No podemos hacerlo abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).

- Si cancelamos su membresía por esta causa, Medicare podrá someter su caso a investigación por el Inspector General.
- Si se le solicita pagar un monto adicional de la Parte D de acuerdo con sus ingresos y omite pagarlos, Medicare eliminará su inscripción a nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre los motivos por los cuales podemos cancelar su membresía:

- Para obtener más información, puede llamar al **Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	--

Steward Health Choice Generations no puede pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a formular una queja si canceláramos su membresía a nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía a nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la cancelación por escrito. Además, tenemos la obligación de explicarle cómo presentar una queja o un reclamo por nuestra decisión de cancelar su membresía. Asimismo, puede consultar el Capítulo 9, Sección 11, para obtener más información sobre cómo formular una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales.

Capítulo 11. Avisos legales.

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes aplicables.....	250
SECCIÓN 2	Aviso sobre política de no discriminación.....	250
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	251

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes aplicables

Varias leyes rigen esta *Evidencia de cobertura* y también se aplican algunas disposiciones adicionales. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no están incluidas o definidas en este documento. La ley principal que rige este documento es el Capítulo XVIII de la Ley de Seguridad Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS (por sus siglas en inglés). También pueden regir otras leyes Federales y, en ciertos casos, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre política de no discriminación

No discriminamos por razones de raza, grupo étnico, nación de origen, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en materia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen Planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes Federales contra la discriminación, incluido el Capítulo 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 demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos Federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otro motivo.

La discriminación está prohibida por ley

Steward Health Choice Generations cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Steward Health Choice Generations no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Steward Health Choice Generations:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si considera que Steward Health Choice Generations no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de algún modo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede comunicarse o presentar una queja ante:

YoHance DeHorney, Gerente de Reclamos - Coordinador de Derechos Civiles,
410 N 44th Street, Suite 900, Phoenix, AZ, 85008, 480-760-4617 (TTY 711); fax 480-760-4739.
Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico a
HCH.GrievanceForms@steward.org.

También puede formular una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Denuncias de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201
800-868-1019
800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Steward Health Choice Generations cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.

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

Tenemos derecho y responsabilidad de recolectar para los servicios de Medicare de los cuáles no es pagador primario. De acuerdo con las regulaciones estipuladas en el CMS correspondientes al Título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, Steward Health Choice Generations, como parte de una Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los de la Secretaría según las regulaciones del CMS en los incisos B al D de la parte 411 correspondiente al Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal vigente.

CAPÍTULO 12

*Definiciones de terminología
importante.*

Capítulo 12. Definiciones de terminología importante.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es un lugar que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan ser hospitalizados y quienes se espera que no permanezcan en el centro durante más de 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos recetados, o del pago por servicios o medicamentos ya recibidos. También puede realizar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de terminar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si el plan no paga un medicamento, artículo o servicio que usted estime que debería recibir. En el Capítulo 9 se explican las apelaciones que se pueden presentar, incluido el proceso para presentar una apelación.

Facturación adicional: cuando un prestador de servicios (como un médico u hospital) le facturan al paciente un monto mayor al monto de costos compartidos autorizado por el plan. Como miembro de Steward Health Choice Generations, solamente debe pagar por los costos compartidos estipulados en el plan cuando obtiene servicios que están cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen cargos adicionales o que le cobren más que el monto correspondiente a los costos compartidos que usted debe pagar según lo indica el plan.

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando haya dejado de estar hospitalizado en cualquier hospital o centro de enfermería especializada durante 60 días seguidos. Si va al hospital o a un centro de enfermería especializada después de finalizado el período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por hospitalización por cada período de beneficio. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.

Medicamento de marca: medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca comercial tienen una fórmula con el mismo ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, son otros fabricantes de medicamentos quienes fabrican y venden los medicamentos genéricos y habitualmente no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca comercial.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted no paga copago ni coseguro por sus medicamentos después de que usted y otras partes que actúan en su nombre hayan gastado \$5,100 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): es la agencia Federal que administra Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo contactar a los CMS.

Coseguro: un monto que posiblemente deba pagar como la parte que le corresponde por servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Queja: el nombre formal que se le da a la realización de un reclamo es “presentación de una queja”. El proceso de reclamos se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Como problemas relacionados a la calidad de atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que reciba. Consulte también “Queja” en esta lista de definiciones.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF): es un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que han sufrido una enfermedad o lesión y ofrece diversos servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patologías del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: es un monto que tal vez deba pagar como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una visita médica, una visita ambulatoria en hospital, o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido, a diferencia de un porcentaje. Por ejemplo: usted podría pagar un copago de \$10 o \$20 por visita médica o por un medicamento recetado.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las cantidades que debe pagar un miembro al recibir medicamentos o servicios. **Esto es adicional a la prima mensual del plan.** El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan puede determinar para medicamentos o servicios específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro” que corresponde pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que el plan determine para medicamentos o servicios específicos. Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le extiende una receta de determinados medicamentos para menos de un mes completo de suministro y a usted se le exige un copago.

Determinación de cobertura: una decisión de su plan de medicamentos de Medicare sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que debe pagar por el medicamento. En general si trae su receta a la farmacia y en la farmacia le indican que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este cuadernillo. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Servicios cubiertos: término general que usamos en este cuadernillo para designar a todos los servicios y suministros para atención de salud que están cubiertos por el plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Los beneficiarios de este tipo de cobertura cuando califican para Medicare generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar un recargo, si deciden suscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia: es un servicio de atención personal que se presta en un asilo de ancianos, un centro para enfermos terminales u otra institución, cuando no se requiera atención médica o de enfermería especializadas. El cuidado médico de custodia es el que pueden brindar personas que no tienen capacitación ni conocimientos profesionales, como asistencia en actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, subir o bajar de la cama o silla de ruedas, moverse o usar el baño. También puede incluir un tipo de cuidado relacionado con la salud y que la mayoría de personas hace por ellas mismas como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por estos cuidados de custodia.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le extiende una receta de determinados medicamentos para menos de un mes completo de suministro y a usted se le exige un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días de un suministro de un mes. El siguiente es un ejemplo: Si su copago para un mes completo de su medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en su plan equivale a 30 días, su “tasa de costo compartido diario” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por cada día de suministro en el momento de surtir su receta médica.

Deducible: la cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Eliminación de inscripción o desafiliación: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (por elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Cargo por despacho: cargo generado cada vez que un medicamento recetado es dispensado de pagar por los costos de surtir una receta. Los cargos por despacho cubren costos como el tiempo que un farmacéutico prepara y envía la receta.

Doble elegibilidad individual: una persona que tiene derecho a optar por una cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que es solicitado por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona prudente no especializada, sospecha que tiene síntomas que requieren de atención médica inmediata para evitar

la pérdida de vida, pérdida de un miembro o la pérdida de sus funciones. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión grave, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: los servicios cubiertos son los siguientes: (1) proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: este documento, junto con su formulario de inscripción, y cualquier otro adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura y qué debemos hacer, sus derechos y qué debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, permite que obtenga un medicamento que no está en la lista de medicamentos del patrocinador del plan (una excepción de la lista de medicamentos) o que reciba un medicamento no preferido en un nivel inferior de costo compartido (una excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que usted solicita (una excepción de la lista de medicamentos).

Ayuda adicional: un programa de asistencia económica de Medicare a personas de bajos ingresos y recursos para el pago de los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca, pero normalmente es más barato.

Queja: un tipo de reclamo que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores/farmacias de nuestra red, incluida un reclamo con respecto a la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente de atención a domicilio: un asistente de atención a domicilio provee servicios que no requieren los conocimientos de un enfermero o terapeuta licenciado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de atención a domicilio no poseen licencia de enfermería ni administran terapias.

Cuidados paliativos: un afiliado a quien le queden 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir que se le brinden cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando las primas, continuará siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, además de los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le brindará tratamiento especial para su estado de salud.

Hospitalización: la hospitalización es cuando ha ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, seguirá siendo considerado un paciente “ambulatorio”.

Ajuste del monto mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso está por encima de un límite determinado, usted pagará un ajuste del monto mensual relacionado con los ingresos, además de su prima del plan. Por ejemplo, las personas con ingresos mayores que \$85,000 y los matrimonios con ingresos mayores que \$170 000, deben pagar un monto mayor por la prima de la Parte B de Medicare (seguro médico) y de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Este monto adicional se denomina ajuste del monto mensual relacionado con los ingresos. Esto afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, de modo que la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa anterior a que sus costos en efectivo para el año lleguen a \$5,100.

Período de inscripción inicial: cuando califica por primera vez para Medicare, el período durante el cual se puede inscribir para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si califica para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales institucional (SNP): un plan de necesidades especiales que afilia a individuos elegibles que continuamente residen o se esperan residan por 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estas instituciones LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF); establecimiento de enfermería (NF); (SNF/NF); un establecimiento de atención intermedia para personas con retardo mental (ICF/MR); y un establecimiento psiquiátrico interno. Un plan de necesidades especiales para servir a los residentes de Medicare de centros LTC deben tener un contrato con centros LTC específicos (o propio y administrado).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (SNP): un plan de necesidades especiales que afilia a individuos elegibles que continuamente residen en la comunidad pero requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación del estado. La evaluación debe ser realizada usando el mismo nivel de herramienta de evaluación de atención del Estado, y ser administrada por una institución distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede limitar la afiliación a individuos que residen en un centro de vivienda asistida (ALF) si es necesario para asegurar la entrega uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (“Lista” o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos proporcionados por el plan. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés): ver “ayuda adicional”.

Suma máxima de los pagos a su cargo: la mayoría de los gastos a su cargo correspondientes al año calendario por los servicios de la Parte A y de la Parte B. **Los montos que paga por las primas de su plan,** las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso en efectivo. Si es elegible para la ayuda con el costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no será responsable de desembolsar lo que le corresponde del monto máximo de desembolso directo para servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Nota: Puesto que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan alguna vez este máximo de gastos en efectivo.) Lea en el Capítulo 4, Sección 1.2, la información sobre el monto máximo de desembolso.

Medicaid (o Asistencia Médica): programa mixto federal y estatal que ayuda a personas de bajos ingresos y con recursos limitados a costear sus servicios médicos. Los programas Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos por atención médica están cubiertos si cumplen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para mayor información sobre cómo contactarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: uso de un fármaco que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldada por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para más información sobre una indicación médica aceptada.

Necesario por razones médicas: son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección y que cumplen los estándares de la práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan Medicare Cost o un plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces se denomina Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada que celebra contratos con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS), o una Cuenta de ahorro médico de Medicare (MSA). Cuando se afilia a un Plan Medicare Advantage, los servicios Medicare están cubiertos mediante el plan y no son pagados por Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage ofrecen cobertura de la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.** Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare cumplen con los requisitos para afiliarse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con una enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas inglés) o un Plan Médico Competitivo (CMP, por sus siglas en inglés) en concordancia con un contrato de reembolso de costos que se rige por la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de descuento para brecha de cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos de fabricante sobre la mayoría de los medicamentos de marca parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de brecha de cobertura y no se encuentren recibiendo “ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca tienen descuento, con algunas excepciones.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Parte A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que celebra contratos con Medicare para proporcionarle los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare a las personas con Medicare que se afilian al plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes Medicare Cost, Programas Piloto y de Demostración y Programas de Atención Integral de las Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudarlo a pagar los medicamentos recetados como paciente ambulatorio, vacunas, medicamentos de origen biológico y algunos suministros que no cubre la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro complementario de Medicare): un seguro complementario vendido por compañías de seguro privadas para llenar “vacíos” en Original Medicare. Las políticas Medigap solo se aplican para Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan o “Miembro del plan”): una persona con Medicare que tiene derecho a recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios para Miembros: es el departamento dentro del plan, que tiene la responsabilidad de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo contactar al Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” debido a que tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica licenciados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando están contratados por nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Nuestro plan le paga a los proveedores de la red en función de los contratos que mantiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proveerle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la Organización: el plan Medicare Advantage emite una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de los artículos o servicios cubiertos o acerca de cuánto es lo que usted debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este cuadernillo. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare con “cargo por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos en el pago de los médicos, hospitales y otros montos de pago a proveedores de atención de salud establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare consta de dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro de atención médica), y está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro con los cuales no tenemos arreglos de coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados ni son propiedad de nuestro plan ni tampoco son operados ni son contratados por este para prestarle servicios cubiertos. El uso de los servicios de proveedores o centros fuera de la red se describe en este cuadernillo en el Capítulo 3.

Costos en efectivo: vea la definición anterior de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un afiliado por el pago de parte de los servicios o medicamentos recibidos, también es denominado como requisito de costos “en efectivo” del afiliado.

Parte C: consulte el “Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés)”.

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su lista para ver una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso para que no tuvieran cobertura como medicamento de la Parte D.

Recargo por inscripción tardía de la Parte D: monto añadido a su prima mensual para la cobertura Medicare de medicamentos si usted se queda sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague en promedio, al menos lo mismo que una cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) por un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto siempre y cuando tenga Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no deberá pagar una multa por inscripción tardía.

Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), estaría sujeto al recargo mensual por inscripción tardía de la Parte D si quedase sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los afiliados al plan por un monto específico de dinero. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. La distribución de costos para el afiliado serán generalmente mayores cuando los beneficios del plan se reciben de los proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de costos en efectivo por los servicios recibidos de los proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto para los costos en efectivo combinados por los servicios tanto de los proveedores de la red (preferidos), como de los proveedores que no pertenecen a la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por una cobertura de medicamentos recetados o de atención médica.

Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): su proveedor de atención primaria es el médico u otro profesional a quien usted consulta primero ante la mayoría de los problemas de salud. Este médico se asegura que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de servicios de salud acerca de su atención médica y derivarlo a ellos. En muchos planes de salud Medicare, debe visitar a su proveedor de atención primaria antes de ver a otro proveedor de atención de médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información acerca del Proveedor de atención primaria.

Autorización previa: es una aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que podrían o no estar en nuestra lista. Algunos servicios médicos dentro de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que exigen autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos se cubren únicamente si su médico

u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la lista de medicamentos.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: son dispositivos médicos que solicitan su médico u otro proveedor de atención a la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos que se necesitan para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, lo que incluye suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y a quienes paga el gobierno Federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener más información sobre cómo contactar a una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) en su estado.

Límites de cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de cantidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período específico.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta a miembros si limita la membresía basándose en el lugar donde viven las personas. En planes que limitan qué médicos y hospitales se pueden usar, también suele ser el área donde puede obtener atención de rutina (no de emergencia). El plan puede darle de baja si se muda permanentemente del área de servicio del mismo.

Atención de un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención en un centro de enfermería especializada y rehabilitación provistos de manera continua, diariamente en un centro de enfermería especializado. Ejemplos de atención en un centro de enfermería especializado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que pueden ser provistos por un médico o enfermera certificado.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial del plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para un grupo específico de personas, como las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que residen en hogar de convalecencia, o que tienen una afección crónica.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés): beneficio mensual que se paga mediante la Administración del Seguro Social a las personas con ingresos y recursos

limitados que son discapacitados, ciegos o mayores de 65 años. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios urgentes: los servicios urgentes se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica sin emergencia pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios urgentes pueden ser proporcionados por proveedores dentro o fuera de la red, cuando los proveedores de la red se encuentran temporalmente no disponibles o no puede acceder a ellos.

Departamento de Servicios para Miembros de Steward Health Choice Generations

Método	Departamento de Servicios para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	(800) 656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto feriados). El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de intérprete gratuito para aquellas personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los siete días de la semana, de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m.
DIRECCIÓN	Steward Health Choice Generations 410 N 44th Street, Suite 510 Phoenix, AZ 85008 comments@steward.org
SITIO WEB	www.StewardHCGenerations.org

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud de Arizona (Arizona SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal financiado por el gobierno federal cuyo fin es brindar orientación sobre seguros de salud a nivel local y de manera gratuita a personas que tengan Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	(800) 432-4040
DIRECCIÓN	1789 W. Jefferson St. Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	www.azdes.gov

Declaración de divulgación de PRA: conforme a la Ley para la Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información si esta no exhibe un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, solo debe escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



HEALTH | CHOICE

GENERATIONS

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS:

1-800-656-8991 | TTY 711

Los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

VISITE NUESTRO SITIO WEB EN:

www.StewardHCGenerations.org