



2021 Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)

Prueba de cobertura

Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2021

Su cobertura de beneficios, servicios de salud y medicamentos con receta de Medicare como miembro de Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)

Este folleto le proporciona los detalles sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2021. Este le explica cómo puede obtener la atención médica y los medicamentos con receta que necesite. **Este es un documento legal importante. Por favor, manténgalo en un lugar seguro.**

Summit Health Plan, Inc. es una HMO [Organización de Mantenimiento de la Salud, por sus siglas en inglés] con un contrato de Medicare. La inscripción en Summit Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.

Esta información está disponible en otros idiomas, o en formatos alternativos, sin costo alguno. Para obtener más información, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1-844-827-2355. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00a. m. a 8:00 p. m., Hora del Pacífico, los siete días de la semana. Nuestro Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

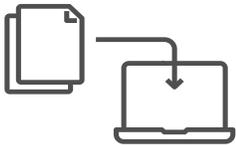
Esta información está disponible en otros idiomas, o en formatos alternativos, sin costo alguno. Por favor, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1-844-827-2355. Usuarios de TTY (teléfono de texto), llamen al 711. El servicio al cliente está disponible de 7 a.m. a 8p.m., hora oficial del Pacífico, los siete días de la semana. Nuestro Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

H2765-003

H2765_1150H276500321A_C



Ahora puede recibir los documentos del plan en línea



Los documentos en línea le ofrecen acceso fácil a toda su información de Medicare.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) solicitan que los documentos importantes del plan estén disponibles para usted en formato electrónico. Puede encontrar sus documentos importantes del plan en yoursummithealth.com y en Member Dashboard.

Si desea recibir un correo electrónico de Summit Health cuando se disponga de nuevos materiales, solo tiene que iniciar sesión en su cuenta de Member Dashboard en yoursummithealth.com. El botón de inicio de sesión se encuentra en el lado superior derecho de su pantalla. Si usted no tiene una cuenta, puede crear una. Una vez que haya iniciado sesión, seleccione la pestaña "Account" [Cuenta]. Luego, haga clic en "Manage notification settings" [Gestionar la configuración de las notificaciones]. Desde aquí, usted puede actualizar su correo electrónico y hacer su preferencia de envío electrónico.

Una vez que solicite el envío electrónico, usted ya no recibirá este documento por correo, a menos que usted lo solicite.

¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con nosotros llamando al 844-827-2355.
yoursummithealth.com



Reduzca el consumo de papel, ¡Regístrese hoy mismo en eBill!

Ahora usted puede pagar su prima en línea con eBill. Al utilizar eBill, puede ver facturas en línea y configurar sus métodos preferidos de pago (tarjeta de débito, cheques o ahorros) y establecer un pago recurrente usando nuestra función de AutoPay [Pago automático]. Para acceder a eBill, inicie sesión en Member Dashboard y haga clic en la pestaña eBill.

Aviso de no discriminación

Seguimos las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos con base en raza, color, origen nacional, edad, identidad de género, sexo u orientación sexual.

Proporcionamos servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros. Estos incluyen intérpretes de lenguaje de señas y otras formas de comunicación.

Si su primer idioma no es el inglés, le daremos servicios de interpretación gratuitos y/o materiales en otros idiomas.

**Si necesita algo de lo anterior,
llame al Servicio al Cliente al:**
844-827-2355 (TDD/TTY 711)

**Si cree que no le hemos ofrecido estos
servicios o lo hemos discriminado,
puede presentar una queja por escrito.
Por favor envíelo por correo o fax a:**

Summit Health Plan
Attention: Appeal Unit
P.O. Box 820070
Portland, OR 97282
Fax: 855-466-7208

**Si necesita ayuda para presentar
una queja, llame al Servicio
de Atención al Cliente.**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o por teléfono en:

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

Puede obtener los formularios de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

**Dave Nesseler-Cass coordina nuestro
trabajo de no discriminación:**

Dave Nesseler-Cass,
Chief Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@yoursummithealth.com



ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY:711)

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電1-877-605-3229（聾啞人專用：711）

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-877-605-3229 (TTY: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجانًا. اتصل برقم الهاتف النصي: 1-877-605-3229 (711)

بولتے ہیں تو لسانی (URDU) توجہ دیں: اگر آپ اردو اعانت آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہے۔ پر کال کریں 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-877-605-3229 (текстовый телефон: 711).

ATTENTION: si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-877-605-3229 (TTY : 711)

توجہ: در صورتی کہ بہ فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمہ بہ صورت رایگان برای شما موجود است. با تماس بگیرد. (TTY: 711) 1-877-605-3229

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपको भाषाई सहायता बिना कोई पैसा दिए उपलब्ध है। 1-877-605-3229 पर कॉल करें (TTY: 711)

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen sie 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意:日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-877-605-3229 (TTY、テレタイプライターをご利用の方は711)までお電話ください。

અગત્યનું: જો તમે (ભાષાંતર કરેલ ભાષા અહીં દર્શાવે) બોલો છો તો તે ભાષામાં તમારે માટે વિના મૂલ્યે સહાય ઉપલબ્ધ છે. 1-877-605-3229 (TTY: 711) પર કૉલ કરો

ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-877-605-3229 (TTY 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ត្រូវចងចាំ: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយ ត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទ ទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-877-605-3229 (TTY:711) tiin bilbilaa.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณ สามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษา ได้ฟรี โทร 1-877-605-3229 (TTY: 711)

FA'AUTAGIA: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o loo avanoa fesoasoani tau gagana mo oe e le totogia. Vala'au i le 1-877-605-3229 (TTY: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti Ilocano, sidadaan ti tulong iti lengguahe para kenka nga awan bayadna. Umawag iti 1-877-605-3229 (TTY: 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)



Sus recursos de Medicare Advantage para el 2021

Gracias por ser miembro de Summit Health. A continuación, encontrará los recursos que necesita para entender su cobertura del 2021.



Prueba de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)

La EOC muestra todos los detalles de sus beneficios. Úsela para averiguar qué está cubierto y cómo funciona su plan. Su EOC estará disponible en línea en yoursummithealth.com a partir del 15 de octubre de 2020.

Si desea que le enviemos una EOC, puede llamar a nuestro Servicio al Cliente al (844) 827-2355 o enviar un correo electrónico a MedicalMedicare@yoursummithealth.com.



Directorios de proveedores y farmacias

Si necesita ayuda para encontrar a un proveedor de la red y/o farmacia, por favor, llame a nuestro Servicio al Cliente al (844) 827-2355 o visite yoursummithealth.com para acceder a nuestro directorio en línea. Puede acceder a ella haciendo clic en el enlace "Find Care" [Encuentre Asistencia] de nuestra página web.

Si desea que le envíen un Directorio de Proveedores o un Directorio de Farmacias por correo, puede llamar al número que aparece arriba, solicitar uno en el enlace de la página web que se proporcionó anteriormente, o enviar un correo electrónico a MedicalMedicare@yoursummithealth.com.



Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

Su plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) que representa los medicamentos que se cree que forman parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad.

Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos cubiertos, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente, al (844) 827-2355 o visite la página yoursummithealth.com para acceder al formulario en línea.



Si desea que le enviemos un formulario por correo, puede llamar al número que aparece arriba o enviar un correo electrónico a PharmacyMedicare@yoursummithealth.com.



También puede iniciar sesión en su cuenta de Member Dashboard [Tablero para miembros] para ver los documentos de su plan.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Nuestro Servicio al Cliente de Farmacia (844) 827-2355 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), está disponible de 7 a.m. a 8 p.m., Hora del Pacífico, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será atendida por nuestro sistema de telefonía automática, los sábados, domingos y días festivos.)

Summit Health Plan, Inc. es una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Summit Health Plan, Inc. depende la renovación del contrato.

Gracias por ser miembro de Summit Health.
Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta.

Su Equipo de Servicio al Cliente de Summit Health

H2765_COMMNOTICE21A_C

Preguntas frecuentes

¿QUÉ ES CIRRUSMD?

CirrusMD es una plataforma virtual de cuidados basada en mensajes de texto que le permite conectarse con un médico real en segundos. Úselo para recibir atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana y sin costo adicional.

¿CÓMO FUNCIONA?

La experiencia con CirrusMD es similar a la de los mensajes de texto. Después de registrarse, envíe un mensaje a un médico como si fuera a enviar un mensaje de texto a un amigo. Si es necesario, comparta imágenes o haga una videoconferencia. Inicie y detenga sus conversaciones de cuidado a lo largo del día y use la plataforma todas las veces que desee.

¿CUÁNDO DEBO USAR CIRRUSMD?

Utilice CirrusMD cuando:

- Se sienta enfermo, pero no es una emergencia*
- Tenga una lesión menor
- Tenga preguntas médicas generales
- Cree que necesita una receta médica (Es posible que las sustancias controladas y algunos otros medicamentos no estén disponibles)
- No pueda visitar a su proveedor de atención primaria o no está seguro de dónde obtener atención

Ejemplos de situaciones de las que se puede hablar:

- Tos, fiebre, dolor de garganta
- Dolor de oídos, dolor de estómago, diarrea
- Sarpullidos, reacciones alérgicas, mordeduras de animales/insectos
- Dolor de espalda/abdominal
- Lesiones deportivas, quemaduras, enfermedades relacionadas con el calor
- Infecciones del tracto urinario
- Preguntas generales o más complejas sobre la salud

**Recuerde, si tiene una emergencia que pone en peligro su vida, marque al 911.*

¿QUIÉN PUEDE TENER DERECHO A CIRRUSMD?

CirrusMD está disponible para usted a través de su plan Summit Health Medicare Advantage.

¿DÓNDE Y CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE CIRRUSMD?

CirrusMD está disponible en cualquier lugar donde se pueda acceder a Internet, durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

Para obtener la mejor experiencia de atención, descargue la aplicación CirrusMD buscando "CirrusMD" en la App Store para dispositivos móviles iOS o en Google Play store para dispositivos Android. También puede acceder a CirrusMD en línea visitando yoursummithealth.com/cirrusmd.

¿CÓMO ME REGISTRO EN CIRRUSMD?

Después de descargar la aplicación CirrusMD o de hacer clic en "Register" [Registrarse] en la página web yoursummithealth.com/cirrusmd, será dirigido a un formulario para registrarse en CirrusMD. Para inscribirse, deberá indicar su fecha de nacimiento, su código postal y su dirección de correo electrónico. Una vez que haya ingresado exitosamente su información, recibirá un correo electrónico con instrucciones acerca de cómo terminar de registrar su cuenta (si no ve esto en su bandeja de entrada, revise su carpeta de correo no deseado). Una vez que se haya finalizado el registro de su cuenta, puede iniciar sesión y comenzar inmediatamente a chatear con un médico.

Si tiene preguntas sobre cómo registrarse en CirrusMD, utilice la burbuja de chat que aparece en la parte inferior de la página de registro para hablar con un representante de atención al cliente.

¿HAY ALGÚN COPAGO U OTROS CARGOS QUE TENGA QUE PAGAR PARA USAR EL CIRRUSMD?

No. CirrusMD está disponible para usted sin costo adicional.

¿SE GUARDAN LOS REGISTROS DE LAS VISITAS A CIRRUSMD?

Sí, puede entrar en su cuenta de CirrusMD y ver sus conversaciones de cuidados anteriores en cualquier momento.

¿TIENEN LOS MÉDICOS ACCESO A MI INFORMACIÓN MÉDICA?

Cuando se registra en CirrusMD, tiene la opción de llenar su historial médico básico, como lo haría en una visita regular a la clínica. Después de llenar esto, los médicos con los que hable tendrán acceso a esta información.

¿QUIÉNES SON LOS PROVEEDORES DE CIRRUSMD?

Los médicos de CirrusMD son médicos certificados y con credenciales que tienen permiso para ejercer en todo el territorio de los EE.UU. Estos médicos forman parte de la Red de Proveedores de CirrusMD.

¿CIRRUSMD ES SEGURO?

Sí. CirrusMD utiliza la tecnología de CirrusMD que cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y ha sido certificada para la seguridad por la Alianza para la Confianza de la Información de Salud (HITRUST, por sus siglas en inglés).



SOMETHING FOR EVERYONE®



¡Le damos la bienvenida al programa de ejercicio y envejecimiento saludable de Silver&Fit®, donde puede ponerse en forma de la mejor manera!

Disfrute de uno, algunos o todos los siguientes beneficios sin ningún costo:



1,500+ videos digitales de ejercicios

Puede visitar el sitio web www.SilverandFit.com o descargar la aplicación móvil Silver&Fit ASHConnect™ para hacer yoga, resistencia física, Pilates, caminata, cardio y muchos otros tipos de ejercicio, perfectos para todos los niveles de acondicionamiento físico.



Videos diarios de ejercicios

Únase diariamente a clases de ejercicios en Facebook Live y en el canal de YouTube de Silver&Fit.



www.facebook.com/SilverandFit
www.youtube.com/SilverandFit



Kits para mantenerse en forma

Puede elegir uno (1) de los siguientes por año de beneficios:

- Kit de rastreo de acondicionamiento físico portátil Garmin® o Fitbit®*
- Kit de yoga con esterilla y toalla de mano
- Kit de resistencia física para personas en nivel principiante, intermedio o avanzado con bandas de ejercicio y mancuernas



Kits de acondicionamiento físico para el hogar

Elija hasta 2 kits por año de beneficios de nuestras 34 opciones únicas, que incluyen Aqua, taichí, ejercicio en silla y más.**



Acceso a uno de los 15,000+ centros de acondicionamiento físico participantes

Haga ejercicio en un centro de acondicionamiento físico, incluyendo:



Asesoramiento sobre el envejecimiento saludable

Nuestros asesores lo ayudarán a alcanzar sus objetivos de acondicionamiento físico y nutrición y le brindarán orientación en otras áreas de estilo de vida durante las sesiones telefónicas programadas.

Visite www.SilverandFit.com para ¡comenzar hoy mismo! Si tiene preguntas, llámenos completamente gratis al 1.877.427.4788 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacífico.

*El código promocional de Garmin o Fitbit no se puede usar en combinación con ninguna otra promoción en el sitio web de estos dos. Una vez seleccione los kits para mantenerse en forma, no se pueden cambiar.

**Los miembros no pueden seleccionar el mismo kit de acondicionamiento físico para el hogar dos veces en el mismo año de beneficios. Una vez que seleccione los kits, no se pueden cambiar.

El programa Silver&Fit lo ofrece American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). No todos los programas y servicios se ofrecen en todas partes. Consulte con un médico antes de comenzar o cambiar una rutina de ejercicios. Las personas que aparecen en este documento no son miembros de Silver&Fit. Silver&Fit, Something for Everyone, ASHConnect y el logotipo de Silver&Fit son marcas comerciales de ASH. Los kits pueden variar. Otros nombres o logotipos pueden ser marcas registradas de sus respectivos propietarios. Las instalaciones y cadenas de centros de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación, además están sujetas a cambios.

Summit Health Plan, Inc. en una HMO con contrato de Medicare. La inscripción en el plan médico Summit Health Plan depende de la renovación del contrato.

M950-712G-SUMH-SP Program Flier 01/21 © 2021 American Specialty Health Incorporated.
Todos los derechos reservados.

Y2765_712GSUMHA_C



Recupere la alegría de escuchar

El poder escuchar mejor le permite conectarse con sus seres queridos. Es por eso que los planes de Summit Health Medicare Advantage le ofrecen un beneficio de dispositivos de asistencia auditiva a través de TruHearing®.



Su beneficio de dispositivos de asistencia auditiva incluye:



Atención personalizada

Guía y asistencia por parte de un Consultor Auditivo de TruHearing.
Evaluación profesional realizada por un proveedor local certificado.
Tres visitas de seguimiento para realizar pruebas y ajustes, y para asegurarnos de que quede satisfecho con sus dispositivos de asistencia auditiva.



Sonido de última generación

Los poderosos dispositivos de asistencia auditiva lo ayudarán a escuchar lo que más importa, en donde quiera que esté.
Los sensores de los dispositivos se ajustan automáticamente a los sonidos naturales, incluso cuando usted está en movimiento.
El Procesamiento de la voz propia (OVP®, por sus siglas en inglés) reconoce su voz y la hace sonar más natural.



Dispositivos para su estilo de vida

Conexión Bluetooth para transmitir su propia música, programas de televisión y llamadas telefónicas directamente en sus oídos¹.
Opción de batería recargable que proporciona un día entero de batería luego de 3-4 horas de carga².
Una aplicación inteligente que actúa como el control remoto de su dispositivo de asistencia auditiva, le permite comunicarse con su proveedor e incluso registra su actividad física³.

¿Cree que puede padecer de una pérdida auditiva?

Realice la evaluación gratuita y rápida en línea

Ingrese a:
Summit-HS.TruHearing.com

Puede acceder a esta página a través de su tablet, computadora o teléfono inteligente

 Llame al **1-844-276-6830 para obtener más información | Los usuarios de TTY, deben llamar al 711** de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., Hora del Pacífico.

Llame a TruHearing para programar una cita al **1-844-276-6830 | Los usuarios de TTY, deben llamar al 711** de lunes a viernes, de 5:00 a.m. a 6:00 p.m., Hora del Pacífico.

Su cobertura auditiva del 2021

Su beneficio cubre hasta dos dispositivos de asistencia auditiva Avanzados o Premium por año, con copagos a partir de \$699.



Su plan:	TruHearing Advanced	TruHearing Premium*	Examen de rutina Dentro de la red ⁴
	32 canales 6 programas Precio minorista: \$2,445/por dispositivo	48 canales 6 programas Precio minorista: \$3,125/por dispositivo	
Summit Health Core (HMO-POS)	\$699	\$999	\$0
Summit Health Value + Rx (HMO)	copago/dispositivo de asistencia auditiva	copago/dispositivo de asistencia auditiva	copago del examen
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)			
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)			

*La opción de batería recargable está disponible para estilos seleccionados por un costo adicional de \$50 por dispositivo de asistencia auditiva.

Su beneficio también incluye:



- + Periodo de prueba libre de riesgos de 45 días
- + 48 baterías gratis para los modelos no recargables
- + Garantía del fabricante de 3 años



Llame al **1-844-276-6830 para obtener más información | Los usuarios de TTY, deben llamar al 711** de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., Hora del Pacífico.

Llame a TruHearing para programar una cita al **1-844-276-6830 | Los usuarios de TTY, deben llamar al 711** de lunes a viernes, de 5:00 a.m. a 6:00 p.m., Hora del Pacífico.

1 Los dispositivos de asistencia auditiva que son compatibles con teléfonos inteligentes se conectan directamente a los dispositivos iPhone®, iPad®, y iPod® Touch. Los teléfonos Android® también pueden conectarse al utilizar un accesorio. La transmisión de programas de televisión está disponible en varias televisiones, con el uso de un accesorio.

2 Las características recargables pueden no estar disponibles para todos los modelos y estilos.

3 La comunicación por medio de la aplicación requiere la activación del proveedor.

4 Debe ser realizado por un proveedor de la red TruHearing.

Summit Health Plan, Inc. es una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Summit Health Plan, Inc. depende la renovación del contrato.

Moda Partners, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos por raza, color, origen, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios disponibles de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY:711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

Todo el contenido ©2020 TruHearing, Inc. Todos los derechos reservados. TruHearing® es una marca registrada de TruHearing, Inc. Todas las otras marcas registradas, nombres de los productos y nombres de las compañías son propiedad de sus respectivos dueños. Las tres visitas de seguimiento deben realizarse dentro del año posterior a la fecha de la compra inicial. La oferta de baterías gratuitas no aplica para la compra de los modelos de dispositivos de asistencia auditiva que sean recargables. La garantía de tres años incluye reparaciones, y una pérdida y reemplazo por daño.

Las reparaciones y los reemplazos de los dispositivos de asistencia auditiva están sujetos al proveedor y a las tarifas del fabricante. Si tiene preguntas sobre las tarifas, comuníquese con un Consultor Auditivo de TruHearing. SUMMIT_G_S_F_0520 H2765_4010TH21A_M

Life is better in focus.™



Acceda a la atención de la vista y a los anteojos y lentes de alta calidad con Summit Health Medicare Advantage y VSP® Vision Care.

Como miembro, usted obtendrá acceso a la atención de oftalmólogos excelentes, a anteojos y lentes de calidad y a la asequibilidad que se merece.

Usar su beneficio de VSP es sencillo.

- **Cree una cuenta en vsp.com.** Revise la información personalizada de sus beneficios.
- **Busque un oftalmólogo de la red Advantage adecuado para usted.** Visite vsp.com/advantage o llame al **844-820-8723**, TTY: **800-428-4833**.
- **En su cita, dígalos que tiene VSP.** Presente la tarjeta de identificación del plan médico a su médico de la red Advantage.

¡Eso es todo! Nosotros nos encargamos del resto: no debe completar formularios de reclamo cuando consulte con un médico de la red de VSP Advantage.

Importancia del examen de la vista

Su médico de la red de VSP Advantage lo ayudará a que usted y sus ojos se mantengan sanos con el WellVision Exam®— un examen completo que puede detectar condiciones como glaucoma, diabetes y degeneración macular.

El diagnóstico precoz, especialmente con el rápido aumento de la prediabetes y la diabetes, le da la atención personalizada que se merece para controlar su salud y sentirse bien.

Comuníquese con nosotros.

Visite vsp.com

Llame al [844.820.8723](tel:844.820.8723)

TTY [800.428.4833](tel:800.428.4833)

Atención de Servicios para Miembros de VSP:

Lunes a Viernes, de 5:00 A.M. a 8:00 P.M. (hora del Pacífico)

Sábado y Domingo, de 7:00 A.M. a 8:00 P.M. (hora del Pacífico)

Su resumen de beneficios de VSP Vision

Summit Health Medicare Advantage y VSP le dan un plan de atención de la vista asequible.

Beneficio	Descripción	Copago	Frecuencia
Su cobertura con un médico de la red de VSP Advantage			
WellVision Exam	<ul style="list-style-type: none"> Examen completo que puede detectar condiciones médicas como glaucoma, diabetes y degeneración macular. 	\$0	Cada año del calendario
Anteojos de Receta		\$0	
Armazón	<ul style="list-style-type: none"> Montura cubierta en su totalidad de la colección de anteojos y lentes Genesis o \$50 de asignación para monturas en tienda para otra montura 	Se incluye con los anteojos recetados	Cada dos años calendario
Lentes	<ul style="list-style-type: none"> Lentes monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea y lenticulares 	Se incluye con los anteojos recetados	Cada dos años calendario
Mejoras para los lentes	<ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar Lentes progresivos de primera calidad Lentes progresivos personalizados Recubrimiento contra rayones Recubrimiento con protección UV (ultravioleta) 	\$0 \$95 – \$105 \$150 – \$175 \$0 \$0	Cada dos años calendario
Lentes de contacto (en vez de anteojos)	<ul style="list-style-type: none"> \$100 de asignación combinada para lentes de contacto, adaptación y evaluación Su asignación se aprovecha mejor con un 15% de descuento en adaptaciones y evaluaciones. Beneficio disponible una vez cada dos años calendario. 	\$0	Cada dos años calendario
VSP garantiza la cobertura solo con médicos de la red de VSP Advantage.			

Comuníquese con nosotros. vsp.com | 844.820.8723, TTY 800.428.4833

©2021 Vision Service Plan. Todos los derechos reservados. VSP, VSP Vision care for life y WellVision Exam son marcas comerciales registradas, y “Life is better in focus” es una marca comercial de Vision Service Plan. Todas las demás marcas son propiedad de sus respectivos propietarios.
Y0115_VSPEle0220_M



Obtenga aún más

Si usted se convierte en miembro de Summit Health Medicare Advantage, tendrá la opción de agregar beneficios complementarios opcionales a su plan con Summit Health Extra Care.

Por una prima mensual adicional de \$5, usted puede tener servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura y servicios de naturopatía. Pagaremos el 50% de los servicios, hasta un máximo combinado de \$500 anuales.

Así es como funciona

Beneficio opcional	Prima	Coaseguro
Servicios quiroprácticos de rutina		50% del costo de los servicios
Acupuntura		50% del costo de los servicios
Servicios de naturopatía		50% del costo de los servicios
Máximo anual combinado para todos los servicios		\$5 al mes

Tendrá que pagar una prima mensual adicional de \$5 junto con la prima de la Parte B y la prima del plan Summit Health Medicare Advantage.

ver al dorso ►

yoursummithealth.com



¿Tiene alguna pregunta?

El Servicio de Atención al Cliente está disponible de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (después del 31 de marzo, su llamada será atendida por nuestro sistema de telefonía automática, los sábados, domingos y días festivos). Las llamadas recibidas fuera de horario son transferidas al buzón de voz y se devuelven al siguiente día hábil.

Puede inscribirse en el programa Extra Care:

- ▶ Luego de inscribirse en un plan de Summit Health Medicare Advantage
- ▶ Hasta 90 días después de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción
- ▶ Durante del periodo anual de elecciones del plan -del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año

Puede cancelar su inscripción en Summit Health Extra Care en cualquier momento, o en el momento en que cancele su plan de Summit Health Medicare Advantage.

Obtenga un poco más de cobertura.

Si desea inscribirse, llame al Servicio de Atención al Cliente de Summit Health al 844-827-2355. Usuarios de TTY, llamar al 711.

Summit Health Plan, Inc. es una HMO [Organización de Mantenimiento de la Salud, por sus siglas en inglés] con un contrato de Medicare. La inscripción en Summit Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.

Summit Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos por raza, color, origen, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de ayuda con el idioma disponibles sin costo alguno para usted. Llame al 844-827-2355 (TTY: 711) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 844-827-2355 (TTY: 711) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 844-827-2355 (TTY: 711)



Ahorre más. Viva mejor.

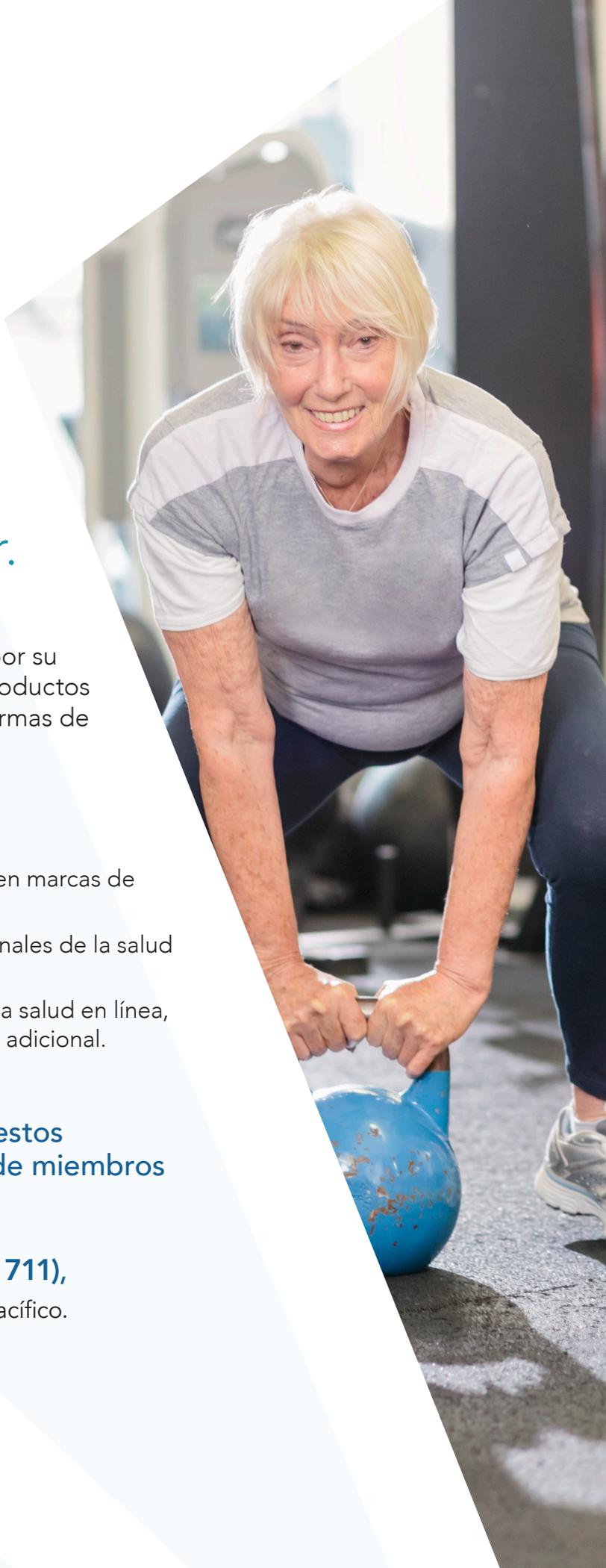
Con el programa ChooseHealthy®, ofrecido por su plan Summit Health puede ahorrar más en productos y servicios de bienestar y descubrir nuevas formas de vivir mejor cada día.

El programa le permite:

- Obtener descuentos de hasta el 55% (o más) en marcas de salud y acondicionamiento físico populares.
- Ahorre un 25% o más en servicios de profesionales de la salud especializados.
- Aprender a través de clases y artículos sobre la salud en línea, basados en pruebas, que se ofrecen sin costo adicional.

Obtenga más información o acceda a estos servicios iniciando sesión en su panel de miembros en yoursummithealth.com.

O puede llamar al **877.335.2746 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 5 a.m. a 6 p.m. Hora del Pacífico.



Tenga en cuenta que el programa ChooseHealthy no es un seguro. Debe verificar los beneficios del seguro que tiene antes de usar este programa de descuentos, ya que es posible que tenga menores costos a través de su seguro que usando este programa de descuentos. El programa ChooseHealthy ofrece descuentos de proveedores de atención de la salud especializados participantes. Usted tiene la obligación de pagar todos los servicios de dichos proveedores, pero recibirá un descuento de ellos por los servicios incluidos en el programa. El programa ChooseHealthy no tiene la responsabilidad de brindar ni de garantizar servicios, ni asume responsabilidad alguna de la calidad de los servicios prestados. Los descuentos en productos y servicios disponibles a través del programa ChooseHealthy están sujetos a cambio; consulte la disponibilidad actual en el sitio web.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 877.335.2746 (TTY: 711).

El programa ChooseHealthy es proporcionado por ChooseHealthy, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH), un proveedor nacional de acondicionamiento físico, educación para la salud, redes de proveedores musculoesqueléticos y programas de gestión de la salud.

M500-067C-SUMH SP (1/21) © 2021 American Specialty Health Incorporated (ASH). Todos los derechos reservados. ChooseHealthy y el logotipo de ChooseHealthy son marcas comerciales de ASH.

1 de enero - 31 de diciembre de 2021

Evidencia de cobertura:

Sus Servicios y Beneficios de Salud de Medicare y Cobertura de Medicamentos Recetados como Miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)

Este folleto le brinda detalles sobre su atención médica de Medicare y cobertura de medicamentos recetados del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), es ofrecido por Summit Health Plan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Summit Health Plan, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Llame a Servicio al Cliente al 1-844-827-2355 para información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Pacífico, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados).

Servicio al Cliente tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Esta información puede estar disponible en un formato diferente, incluida la letra grande. Llame a Servicio al Cliente si necesita información del plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, la prima y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022.

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

H2765_1150H276500321A_C

Evidencia de cobertura 2021

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Su inicio como miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Le informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 24

Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)) y con otras organizaciones como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados. y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos 45

Explica conceptos importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención en caso de una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted) 64

Incluye información detallada sobre qué tipos de atención médica tienen o *no* tienen cobertura para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como su parte del costo por su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 139

Explica las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos recetados de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Le informa qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Informa sobre los programas del plan para la seguridad de los medicamentos y el manejo de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 165

Informa sobre las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de brecha en la cobertura, Etapa de cobertura catastrófica) y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos. Explica los seis niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 185

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 194

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Le informa qué puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 206

Le informa paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados, así como solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan..... 270

Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 280

Incluye avisos sobre la ley aplicable y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 283

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Su inicio como miembro

Capítulo 1. Su inicio como miembro**Capítulo 1. Su inicio como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción.....	6
Sección 1.1	Está inscrito en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), que es un Plan de punto de servicio de una HMO de Medicare.....	6
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto de <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	6
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	7
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	7
Sección 2.2	¿De qué se trata la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	8
Sección 2.3	Aquí le presentamos el área de servicio del plan para Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	8
Sección 2.4	Ciudadanía de los Estados Unidos o residencia legal	8
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	9
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos con receta cubiertos	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : su guía para todos los proveedores de la red del plan	9
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía sobre las farmacias en nuestra red	10
Sección 3.4	La Lista de los medicamentos cubiertos (<i>formulario</i>) del plan.....	11
Sección 3.5	La <i>explicación de beneficios de la Parte D</i> (la "EDB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D	11
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).....	12
Sección 4.1	¿Cuánto es la prima de su plan?	12
SECCIÓN 5	¿Tiene que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?.....	13
Sección 5.1	¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?	13
Sección 5.2	¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....	14
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa.....	14
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D?	15

Capítulo 1. Su inicio como miembro

SECCIÓN 6	¿Se tiene que pagar un monto adicional de la Parte D en función de los ingresos?	16
Sección 6.1	¿Quién paga un monto adicional de la Parte D en función de los ingresos?.	16
Sección 6.2	¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?	16
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?	16
Sección 6.4	¿Qué sucede si no se paga el monto adicional de la Parte D?.....	17
SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual.....	17
Sección 7.1	Hay varias formas en las que puede pagar la prima de su plan.....	18
Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	20
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	20
Sección 8.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted.....	20
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información médica personal	21
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	21
SECCIÓN 10	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....	22
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	22

Capítulo 1. Su inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Está inscrito en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), que es un Plan de punto de servicio de una HMO de Medicare
--------------------	---

Está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan. Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) con una opción de punto de servicio (POS) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. "Punto de servicio" significa que puede utilizar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre el uso de la opción Punto de servicio).

La cobertura de este Plan califica como Cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto de <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	--

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener su atención médica de Medicare y sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar como miembro del plan.

La palabra "cobertura" y "servicios cubiertos" se refiere a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo para leer este folleto de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de nuestro plan (los números de teléfono están incluidos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Su inicio como miembro

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 Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de parte de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan "cláusula" o "enmiendas".

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) después del 31 de diciembre de 2021. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre del 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- Cuento con la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- - y - resida en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)
- - y - sea ciudadano(a) de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Sección 2.2 ¿De qué se trata 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 los servicios prestados por los hospitales (para servicios de pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios médicos, terapia de infusión en el hogar y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Sección 2.3 Aquí le presentamos el área de servicio del plan para Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)

Aunque Medicare es un programa federal, Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) está disponible solo para personas que vivan en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Oregón: Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localidad.

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

Sección 2.4 Ciudadanía de los Estados Unidos o residencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) si no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos con receta cubiertos
--------------------	--

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos que requieren receta médica que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, le presentamos un ejemplo de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:

[Inserte la imagen del anverso y reverso de la tarjeta de identificación de miembro. Márquelo como una tarjeta de muestra (por ejemplo, superponiendo la palabra "muestra" en la imagen de la tarjeta)].

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de membresía de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

He aquí por qué esto es tan importante: si recibe servicios cubiertos usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en vez de usar su tarjeta de membresía de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) mientras sea miembro del plan, puede que deba pagar el costo total usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2	El Directorio de proveedores: su guía para todos los proveedores de la red del plan
--------------------	--

El *Directorio de proveedores* incluye nuestros proveedores de red y proveedores de equipos médicos duraderos.

Capítulo 1. Su inicio como miembro

¿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, dentistas, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. En función de nuestro contrato, estos proveedores brindan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com.

¿Por qué necesita saber qué proveedores son parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con pocas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan, es posible que deba usar proveedores dentro de la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) autoriza 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 emergencias, cobertura fuera de la red y fuera del área.

Summit Health Core (HMO-POS) tiene una opción de punto de servicio (POS) que le permite utilizar proveedores de Medicare fuera de la red para buscar atención para todos sus servicios de salud, pero a menudo a un costo compartido más alto. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los montos de costos compartidos fuera de la red.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Puede solicitar a Servicio al Cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores* en www.yoursummithealth.com, o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

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

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desee usar. Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de Farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia de Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com.

Sección 3.4 La Lista de los medicamentos cubiertos (formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. Se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS). El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).

La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.yoursummithealth.com) o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 La explicación de beneficios de la Parte D (la "EDB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando usted use sus beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EDB de la Parte D").

La *Explicación de los beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos que requieren receta médica de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos que necesitan receta médica de la Parte D durante el mes. La Parte D de EOB proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D*) proporciona más información sobre la *Explicación de los beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Si lo solicita, también puede recibir un resumen de la *Explicación de los beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Su inicio como miembro

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2021, la prima mensual de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) es \$99. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague tal prima).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menos

El programa de "Ayuda extra" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. El Capítulo 2, Sección 7, le brinda más información sobre este programa. Si califica, el inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si usted *ya está inscrito* y está obteniendo ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura puede que no aplique para usted.** Le enviamos un inserto por separado, llamado "Evidencia de la cláusula de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos que requieren receta médica" (también conocido como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional de LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicio al Cliente y solicite la "cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

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. Estas situaciones se describen a continuación.

- Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados "beneficios complementarios opcionales", entonces usted paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta sobre las primas de su plan, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). La prima de Summit Health Extra Care es de \$5 al mes además de su prima de \$99 de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) y su prima de la Parte B.
- Algunos miembros deben pagar una multa por **inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se inscribieron a un plan de medicamentos de Medicare cuando eran elegibles la primera vez o debido a que tuvieron un período continuo de 63 días o más donde no tuvieron una cobertura "acreditable" para los medicamentos que requieren receta médica. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan, más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Capítulo 1. Su inicio como miembro

- Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. El Capítulo 1, Sección 5 explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
- Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, se podría cancelar la inscripción de su plan.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de una cierta cantidad, en su devolución de impuestos del IRS. Los asegurados sujetos a IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. El Capítulo 1, Sección 6 explica el IRMAA en mayor detalle.

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

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

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

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a la prima de la Parte D. Es posible que usted deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si, en cualquier momento luego de la finalización de su período de inscripción inicial, usted no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica durante un período de 63 días consecutivos o más. La "cobertura acreditable para medicamentos recetados" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar para los medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), le informamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted podría perder sus beneficios para medicamentos que requieren receta médica por no pagar la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. A continuación, le explicamos cómo funciona:

- Primero cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare tras ser elegible para hacerlo. O cuente la cantidad de meses en total en los que no tuvo cobertura acreditable para los medicamentos recetados si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior. Para 2021, esta cantidad promedio de la prima es \$33.06.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondee la multa a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo sería 14% por \$33.06, que es igual a \$4.63. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se agregaría **a la prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio a nivel nacional (según lo determinado por Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y, actualmente, recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial de envejecimiento en Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

Incluso si ha pospuesto inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare tras llegar a ser elegible por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Capítulo 1. Su inicio como miembro

No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene cobertura para medicamentos recetados que pagará, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare Medicare lo denomina "**cobertura acreditable de medicamentos**". Por favor, tenga en cuenta que:
 - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información le puede ser enviada en una carta o ser incluida en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan para medicamentos de Medicare más adelante.
 - Tenga en cuenta: si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura de salud finaliza, no significa necesariamente que su cobertura de medicamentos que requieren receta médica era acreditable. El aviso debe indicar que usted contaba con una cobertura "acreditable" para medicamentos recetados que pagaría el mismo nivel que un plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - Los siguientes *no* son parte de una cobertura acreditable para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.
 - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su Manual *Medicare y usted 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si no tuvo cobertura acreditable, pero estuvo sin ella por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D?
--------------------	--

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. En general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba que indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Nota importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, su inscripción podría ser cancelada por no pagar las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Se tiene que pagar un monto adicional de la Parte D en función de los ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D en función de los ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, es superior a cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual con respecto a los ingresos, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le informará cuál será tal monto adicional y cómo puede pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague generalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan.**

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

Si usted no informa que su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) en su declaración de impuestos del IRS es superior a cierto monto, pagará un monto adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional debido a sus ingresos, puede pedirle a la Administración del Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Capítulo 1. Su inicio como miembro

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

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por la cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige que debe pagar el monto adicional y usted no lo paga, será dado de baja del plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare. **Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, es superior a cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual con respecto a los ingresos, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima.

- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, usted será dado de baja del plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta que le informará cuál será tal monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D en función de los ingresos, consulte al Capítulo 1, Sección 6 del presente folleto. También puede visitar www.medicare.gov en la Web o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y usted 2021* brinda información sobre las primas de Medicare en la sección denominada "Costos de Medicare 2021". Esto explica cómo las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en la temporada de otoño. Aquellas personas que son nuevas en Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 1. Su inicio como miembro**Sección 7.1 Hay varias formas en las que puede pagar la prima de su plan**

Existen cuatro formas en las que puede pagar la prima de su plan. Si desea cambiar su método de pago, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto.

Nota: excepto donde lo exija la ley, no aceptaremos pagos de primas u otras obligaciones de costos compartidos en su nombre de un Hospital, sistema hospitalario, programa de ayuda afiliado a la salud, Proveedor de atención médica u otra persona o entidad que haya recibido o pueda recibir un financiamiento beneficio relacionado con su elección de atención médica. Según lo permitido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), aceptaremos pagos de primas y costos compartidos realizados en su nombre por el Programa Ryan White HIV/AIDS, otros programas del gobierno federal y estatal que brindan apoyo de primas y costos compartidos para individuos específicos, tribus indias, organizaciones tribales y organizaciones indias urbanas.

Si decide cambiar la forma en la que paga su prima, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque

Puede pagar la prima mensual de su plan directamente a nuestro Plan. Este método se llama Pago directo. Si elige el Pago directo como su método de pago de la prima de su plan, Summit Health Plan, Inc. le enviaremos un estado de cuenta mensual. Los estados de cuenta de las primas de Pago directo se envían por correo el día 8 de cada mes con una fecha de vencimiento el día 1 del mes siguiente. Haga su cheque o giro postal a nombre de Summit Health Plan, Inc.

Envíe su cheque por correo o giro postal a:

Summit Health Plan, Inc.
A la atención de: contabilidad
PO Box 820070
Portland, OR 97282

Si tiene preguntas sobre su estado de cuenta premium, llame a Servicio al Cliente de Summit Health al 1-844-827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados).

Opción 2: transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta corriente

En lugar de pagar con cheque o giro postal, puede retirar su prima mensual del plan automáticamente de su cuenta corriente. Este método se llama EFT (Transferencia Electrónica de Fondos directamente desde su cuenta corriente) usando la Cámara de Compensación Automatizada (ACH). Si elige la EFT como su método de pago de la prima de su plan, puede llamar a Servicio al Cliente de Summit Health al 1-844-827-2355 (los usuarios de TTY deben

Capítulo 1. Su inicio como miembro

llamar al 711) para solicitar un formulario de la EFT y recibir instrucciones por correo. Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados). También puede descargar el formulario visitando nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com, haga clic en el enlace "Asistencia para miembros" y luego en "Cómo pagar". Imprima el formulario EFT y las instrucciones. Envíe su formulario a la dirección que figura en las instrucciones. Una vez que su EFT entre en vigencia, las deducciones de la prima de EFT de su cuenta corriente se realizarán el 5 de cada mes.

Opción 3: pague su prima en línea con Summit Health eBill

Con eBill puede ver las facturas en línea y configurar sus métodos de pago preferidos (tarjeta de débito, cheques o ahorros) y establecer un pago recurrente utilizando nuestra función de Pago automático. Para acceder a eBill, vaya a www.yoursummithealth.com, inicie sesión en su Panel de miembros y haga clic en la pestaña eBill (Facturación electrónica).

Opción 4: puede deducir la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que se deduzca el pago de la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Póngase en contacto con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Será un placer ayudarlo programar este tipo de pagos. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

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

La prima de su plan debe pagarse en nuestra oficina antes del primer día del mes. Si no hemos recibido el pago de su prima antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso informándole que la membresía de su plan finalizará si no recibimos su prima dentro de dos meses calendario. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para determinar si podemos remitirlo a programas que le ayuden con la prima de su plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Si cancelamos su membresía porque no pagó sus primas, tendrá cobertura de salud de Medicare Original.

Si cancelamos su membresía en el plan por no pagar la prima de su plan, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare, puede inscribirse en un plan para medicamentos recetados independiente o en un plan de salud que también brinde cobertura para medicamentos. (Si no tiene cobertura "acreditable" para medicamentos durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por Inscripción tardía de la Parte D por el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

Capítulo 1. Su inicio como miembro

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos deba primas que no ha pagado. Tenemos derecho a cobrarle las primas que debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que hemos cancelado su membresía por error, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión al presentar una queja. En el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto, se le informa cómo puede presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y esto le causó no poder pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-844-827-2355 entre 7:00 a. m. y 8:00 p. m. hora del Pacífico, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su sistema de telefonía automatizado atenderá su llamada los sábados, domingos y feriados). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de cancelación de su membresía.

Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?
--------------------	---

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero del nuevo año.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro califica para recibir "Ayuda adicional" con sus costos de 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 su prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 8.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted
--------------------	--

Su registro de membresía tiene información proveniente de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

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

Capítulo 1. Su inicio como miembro

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, el seguro de compensación de trabajadores o Medicaid)
- Si tiene reclamos de responsabilidad, como reclamos de un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un centro para personas mayores
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o 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, infórmenos llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que describe cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la cual tengas información. Lea esta información detenidamente. Si es exacta, no necesita hacer nada. Si la información es inexacta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte el Capítulo 8, Sección 1.3 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal por parte del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado "pagador secundario", solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Puede que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el plan de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare en función de la edad, discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, por lo general, pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por la enfermedad de pulmones negros
- Compensación de trabajadores

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

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPITULO 2

*Números telefónicos
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1	Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) contactos (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicio al Cliente en el plan)	25
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	35
SECCION 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	37
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (lo paga Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare).....	37
SECCIÓN 5	Administración del Seguro Social	38
SECCIÓN 6	Seguro de enfermedad (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	39
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	40
SECCIÓN 8	Cómo contactar a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	43
SECCIÓN 9	¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de un empleador?	43

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) contactos
 (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicio al Cliente en el plan)

Cómo contactar a Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) Será un placer ayudarle.

Método	Servicio al Cliente – Información de contacto
LLAME	<p>Summit Health Plan, Inc: 1-844-827-2355 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados). Servicio al Cliente también pone a disposición servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p> <p>TruHearing: 1-844-277-8097 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención telefónica en vivo es de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. (Pacífico). Un servicio de contestador está disponible de lunes a viernes, de 6:00 p. m. a 8:00 p. m. (Pacífico), y del 1 de octubre al 31 de marzo de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos.</p> <p>VSP: 1-844-820-8723 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención telefónica en vivo es de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, sábados de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. y domingos de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (Pacífico). El sistema automatizado está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Servicio al Cliente – Información de contacto
TTY	<p>Summit Health Plan, Inc: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p>TruHearing: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención telefónica en vivo es de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. (Pacífico). Un servicio de contestador está disponible de lunes a viernes, de 6:00 p. m. a 8:00 p. m. (Pacífico) y sábados y domingos, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>VSP: 1-844-820-8723</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención telefónica en vivo es de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y domingos de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (Pacífico). El sistema automatizado está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
FAX	<p>1-855-466-7208</p> <p>A la atención de: Servicio al Cliente de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)</p>
ESCRIBA A	<p>Summit Health Plan, Inc.</p> <p>A la atención de: Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)</p> <p>PO Box 820070 Portland OR 97282 Correo electrónico: MedicalMedicare@yoursummithealth.com</p>
SITIO WEB	www.yoursummithealth.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica – Información de contacto
LLAME	1-844-931-1778 Las llamadas a este número son gratuitas. Los servicios de atención médica están disponibles de 7 a.m. a 4:30 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-855-637-2666 A la atención de: Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)
ESCRIBA A	Summit Health Plan, Inc. A la atención de: Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) PO Box 820070 Portland OR 97282 Correo electrónico: MedicalMedicare@yoursummithealth.com
SITIO WEB	www.yoursummithealth.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica**

Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones de atención médica – Información de contacto
LLAME	<p>1-844-827-2355</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados).</p> <p>1-833-460-0451 Apelaciones agilizada de Medicare (solo correo de voz)</p> <p>Este es un número exclusivo de correo de voz que se puede usar para presentar una apelación oral agilizada. Si necesita presentar una apelación oral agilizada, deje su nombre, número de identificación y los detalles de su denegación. Le devolveremos la llamada y le confirmaremos los detalles de su caso.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>
FAX	<p>1-833-949-1888</p> <p>Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit o Attn: Medicare Expedited Appeal and Grievance Unit</p>
ESCRIBA A	<p>Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit PO Box 820070 Portland OR 97282 Correo electrónico: MedicalMedicare@yoursummithealth.com</p> <p>o</p> <p>Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Expedited Appeal and Grievance Unit PO Box 820070 Portland OR 97282 Correo electrónico: MedicalMedicare@yoursummithealth.com</p>
SITIO WEB	www.yoursummithealth.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye controversias de cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura del plan o el pago, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
LLAME	<p>1-844-827-2355</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados).</p> <p>1-833-460-0451 Apelaciones agilizada de Medicare (solo correo de voz)</p> <p>Este es un número exclusivo para el correo de voz que se puede utilizar para presentar una queja formal oral agilizada. Si necesita presentar una queja verbal agilizada, deje su nombre, número de identificación y los detalles de su denegación. Le devolveremos la llamada y le confirmaremos los detalles de su caso.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>
FAX	<p>1-833-949-1888</p> <p>Attn: Medicare Appeal and Grievances Unit o Attn: Medicare Expedited Appeal and Grievances Unit</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
ESCRIBA A	<p>Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit PO Box 820070 Portland OR 97282 Correo electrónico: MedicalMedicare@yoursummithealth.com</p> <p>o</p> <p>Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Expedited Appeal and Grievances Unit PO Box 820070 Portland OR 97282 Correo electrónico: MedicalMedicare@yoursummithealth.com</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede enviar una queja sobre Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura para sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos bajo el beneficio de la Parte D que está incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	<p>1-844-827-2355</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados).</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>
FAX	<p>1-833-949-1889</p> <p>Attn: Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) Determinación de cobertura o A la atención de: Determinación de cobertura acelerada de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)</p>
ESCRIBA A	<p>Summit Health Plan, Inc. Attn: Coverage Determination PO Box 22859 Portland OR 97269 Correo electrónico: PharmacyMedicare@yoursummithealth.com</p> <p>o</p> <p>Summit Health Plan, Inc. Attn: Expedited Coverage Determination PO Box 22859 Portland OR 97269 Correo electrónico: PharmacyMedicare@yoursummithealth.com</p>
SITIO WEB	www.yoursummithealth.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación para sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	<p>1-844-827-2355</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados).</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>
FAX	<p>1-833-949-1888 Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit o Attn: Medicare Expedited Appeal and Grievance Unit</p>
ESCRIBA A	<p>Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit PO Box 22859 Portland OR 97269 Correo electrónico: PharmacyMedicare@yoursummithealth.com</p> <p>o</p> <p>Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Expedited Appeal and Grievances Unit PO Box 22859 Portland OR 97269 Correo electrónico: PharmacyMedicare@yoursummithealth.com</p>
SITIO WEB	www.yoursummithealth.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye controversias de cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura del plan o el pago, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto
LLAME	<p>1-844-827-2355</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados).</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>
FAX	<p>1-833-949-1888</p> <p>Attn: Medicare Grievances Unit o Attn: Medicare Expedited Grievances Unit</p>
ESCRIBA A	<p>Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit PO Box 22859 Portland OR 97269 Correo electrónico: PharmacyMedicare@yoursummithealth.com</p> <p>o</p> <p>Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Expedited Appeal and Grievances Unit PO Box 22859 Portland OR 97269 Correo electrónico: PharmacyMedicare@yoursummithealth.com</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede enviar una queja sobre Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a.</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que recibí**

Para obtener más información sobre situaciones en las que puede necesitar solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Por favor, tenga en cuenta que: si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para más información.

Método	Solicitudes de pagos médicos – Información de contacto
LLAME	1-844-827-2355 Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados). Las llamadas a este número son gratis.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-855-466-7208 A la atención de: Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)
ESCRIBA A	Summit Health Plan, Inc. Attn: Medical Claims PO Box 820070 Portland OR 97282 Correo electrónico: MedicalMedicare@yoursummithealth.com
SITIO WEB	www.yoursummithealth.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitud de pagos de farmacia – Información de contacto
LLAME	1-844-827-2355 Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-855-668-8550 A la atención de: Reclamos manuales de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)
ESCRIBA A	Reclamos manuales A la atención de: Summit Health Plan, Inc. PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	www.yoursummithealth.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados "CMS", por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluida la nuestra.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratis.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros para personas mayores, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también brinda información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes disponibles para medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan una <i>aproximación</i> de cuánto podrían ser los costos que tendría que desembolsar en los distintos planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Summit Health Standard + Rx (HMO-POS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: puede enviar una queja sobre Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarlo a visitar este sitio web en su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué tipo de información desea. Encontrarán 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>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

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

Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se llama Asistencia de beneficios de seguro médico para personas mayores (SHIBA, por sus siglas en inglés).

SHIBA es una entidad independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito a nivel local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los asesores de SHIBA pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHIBA también pueden ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes.

Método	Asistencia de beneficios de seguro médico para personas mayores (SHIBA, por sus siglas en inglés) (Oregon SHIP)
LLAME	1-800-722-4134
TTY	711
ESCRIBA A	Oregon SHIBA PO Box 14480 Salem, OR 97309-0405
SITIO WEB	www.oregonshiba.org

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (lo paga Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare)

Hay una Organización de mejora de calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Oregon, la Organización de mejora de calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Cree que la cobertura de su hospitalización está finalizando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Oregon)
LLAME	1-888-305-6759 Horas de atención: 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico (de lunes a viernes) 11:00 a. m. a 3:00 p. m. hora del Pacífico (sábado, domingo y feriados)
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.
FAX	1-844-878-7921
ESCRIBA A	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Administración del Seguro Social

La Administración del Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y administrar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. La Administración del Seguro Social administra el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar a la Administración del Seguro Social o visitar la oficina local de esta.

La Administración del Seguro Social también tiene la responsabilidad de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D en función de ingresos superiores. Si recibió una carta de la Administración del Seguro Social que le informa que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar a la administración para solicitar una reconsideración.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se comunique con la Administración del Seguro Social para informarle.

Método	Administración del Seguro Social – Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados de la Administración del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Seguro de enfermedad (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto a nivel federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (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 un QMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiarios especificados para personas de bajos ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y personas que trabajan (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Oregon Health Plan (OHP).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Oregon Health Plan (OHP) – Información de contacto
LLAME	1-800-699-9075 para solicitar servicios, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.
ESCRIBA A	Oregon Health Authority (OHA) 500 Summer St. NO Salem, OR 97301-1097
SITIO WEB	www.oregon.gov/OHA

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare ofrece un programa de "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar o automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos con receta médica de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para los costos que desembolsa.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la "Ayuda Adicional". Algunas personas califican automáticamente para la "Ayuda adicional" y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta por correo a las personas que califican automáticamente para la "Ayuda adicional".

Es posible que pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para ver si califica para recibir "Ayuda adicional", llame al:

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

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Si cree que calificó para la "Ayuda adicional" y cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Llame a Servicio al Cliente al 1-844-827-2355 para solicitar asistencia para obtener el mejor evidencia disponible. Si tiene información del estado de Oregon o del Seguro Social que dice cuál debería ser su copago, debe llamar primero a Servicio al Cliente para que podamos ingresar esto en nuestro sistema. Luego envíe la información por fax a la atención de: Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) al 1-855-466-7208. Si está en la farmacia, su farmacia puede llamar a Servicio al Cliente y enviarnos una copia de su documentación por fax.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso su copago, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque por el monto de su sobrepago o restableceremos los copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado un copago suyo y su copago se considera una deuda que usted aun debe, nosotros podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Programa de descuento de brecha entre cobertura de Medicare

El Programa de descuento de brecha entre cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han alcanzado la brecha entre cobertura y no reciben "Ayuda adicional". Para los medicamentos de marca, el 70% de descuento que ofrecen los fabricantes excluye cualquier tarifa por expendio por los costos en la brecha. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa por expendio de medicamentos de marca.

Si alcanza la brecha entre cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EDB de la Parte D) mostrará cualquier descuento que se la haya brindado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para los costos de desembolso como si los hubiera pagado y lo llevan a través de la brecha entre cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no cuenta para los costos que desembolsa.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si alcanza la brecha entre cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no cuenta para los costos que desembolsa. Solo el monto que usted paga se tomará en cuenta y lo ayudará a pasar por la brecha entre cobertura. Además, la tarifa por expendio se incluye como parte de los costos de los medicamentos.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuento de brecha de cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?**¿Qué es el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través de ADAP de Oregón es CAREAssist. Nota: para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, de bajos ingresos según lo definido por el estado y de su situación de falta de seguro/seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos que figuran en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o en el número de póliza. Para obtener más información, puede comunicarse con CAREAssist al 1-800-805-2313.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al CAREAssist al 1-800-805-2313.

¿Qué sucede si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos que requieren receta médica? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe "Ayuda adicional", ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos que requieren receta médica durante la brecha de cobertura.

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

Si considera que ha alcanzado la brecha entre cobertura y no obtuvo un descuento al pagar su medicamento de marca, debe leer su próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EDB de la parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas sean correctos y estén actualizados. Si no aceptamos que se le debe un descuento, puede apelar la decisión. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios**

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios por parte de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAME	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Si presiona "0", puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. el día miércoles.</p> <p>Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o lingüísticas.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtienen beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o para jubilados. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

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

CAPÍTULO 3

*Usar la cobertura del plan
para sus servicios médicos.*

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan.....	47
Sección 1.1	¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?	47
Sección 1.2	Reglas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan	47
SECCIÓN 2	Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	49
Sección 2.1	Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica	49
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin la aprobación previa de su PCP?.....	50
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	51
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	53
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre	53
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	53
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando precisa servicios de urgencia.....	55
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre	56
SECCIÓN 4	¿Qué ocurre si le facturan directamente por los costos totales de sus servicios cubiertos?.....	56
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	56
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.....	57
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"?	57
Sección 5.1	¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?.....	57
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién se encarga de pagar los distintos costos?.....	58
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud".....	59
Sección 6.1	¿Qué es una institución de atención de salud religiosa no médica?	59
Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa de atención de salud no médica	60

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de los equipos médicos duraderos	61
Sección 7.1	¿Será usted el dueño del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?	61
SECCIÓN 8	Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno	61
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	61
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	62
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su cobertura y regresa a Original Medicare?.....	62

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener la cobertura de su atención médica. Ofrece definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos, servicios y otra atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, use la tabla de beneficios en el próximo capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga*).

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

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

- **"Proveedores"** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para ofrecer servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- **"Proveedores de 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 nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. En función de nuestro contrato, estos proveedores brindan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos envían la factura directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando visite a un proveedor de la red, pagará solo la parte que le corresponde por el costo de sus servicios.
- **"Servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, servicios, suministros y equipos de atención de la salud cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se encuentran en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria de la red (PCP, por sus siglas en inglés) que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan, tal como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le conoce como brindarle una "remisión". Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Usted no necesita una remisión de su PCP para los servicios de atención de emergencia o que se necesitan con urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red**, incluida la obtención de una referencia de su PCP para consultar a un especialista de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). También puede consultar a un especialista de la red sin una remisión utilizando su opción de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés). Adicionalmente, puede recibir su atención de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) para los más cubiertos servicios utilizando su opción de POS. Los proveedores fuera de la red deben estar certificados por Medicare. Excepto en circunstancias limitadas, los servicios recibidos de los proveedores de fuera o excluidos de Medicare no son un beneficio cubierto. Las reglas de autorización previa aún pueden aplicar para los servicios recibidos utilizando su opción de POS. Sus costos pueden ser más altos si utiliza proveedores fuera de la red o consulta a un especialista dentro de la red sin una remisión. *A continuación se presentan las tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para saber qué significan los servicios de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia, 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, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización de la cobertura antes de buscar atención. Si se recibe la autorización en esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Si los servicios no están autorizados, estaría usando su opción de POS. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para recibir atención de un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

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

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su Proveedor de atención primaria (PCP).

Un Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es un médico de atención primaria, un asistente médico o una enfermera facultativa que atienda sus necesidades médicas básicas, como atención preventiva y consultas de enfermedades y lesiones. Un PCP puede coordinar el acceso a especialistas, proveedores de atención de la salud del comportamiento y servicios hospitalarios cuando sea necesario. Cuando se necesita autorización previa para un servicio, su PCP se comunicará con nosotros antes de que reciba los servicios para determinar si estarán cubiertos.

Nuestro plan considera a un médico (MD o DO), enfermero facultativo (NP), asistente médico (PA) o profesional de atención médica que cumpla con los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Los PCP tienen licencia y credenciales y ejercen en una de las siguientes especialidades:

- Medicina para adultos
- Medicina general
- Geriatría
- Ginecología
- Medicina familiar
- Medicina interna

¿Cómo elegir su PCP?

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red que acepte pacientes nuevos, llame a Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de este folleto. También puede visitar nuestro sitio web para acceder a nuestro directorio de búsqueda en línea. Si desea una copia impresa del *Directorio de proveedores* se la enviaremos por correo, puede llamar a Servicio al Cliente o solicitar una en nuestro sitio web. Para ayudarlo a hacer su selección, nuestra búsqueda de proveedores en línea le permite elegir proveedores cerca de usted y le brinda otra información. Una vez que haya elegido un PCP, recuerde contactar a Servicio al Cliente para notificarnos su selección.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

¿Cómo cambiar su PCP?

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

Para encontrar un nuevo PCP, puede buscar en su directorio de proveedores o buscar en nuestro directorio en línea en www.yoursummithealth.com haciendo clic en el enlace "Buscar atención". Cuando busque PCP en nuestro sitio web, asegúrese de seleccionar un PCP que esté en nuestra red de proveedores de Medicare Advantage. Para cambiar su PCP, puede iniciar sesión en su cuenta de Panel de miembros, haga clic en la pestaña "PCP" e ingrese el nombre de su PCP.

Los cambios realizados en su PCP a través de su cuenta de Panel de miembros se actualizarán en nuestro sistema de manera inmediata. Si tiene preguntas, necesita ayuda para seleccionar un PCP o prefiere cambiar la información de su PCP por teléfono, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Tenga en cuenta: si está bajo el cuidado de un especialista, su nuevo PCP deberá coordinar y aprobar las remisiones actuales. Si hay un especialista u hospital en particular que desea utilizar, consulte primero con su PCP para asegurarse de que lo deriven al especialista o a las instalaciones que desea.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin la aprobación previa de su PCP?
--------------------	---

Puede obtener los servicios descritos a continuación sin la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios que se necesitan con urgencia por parte de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles o no es posible acceder a ellos temporalmente (por ejemplo, cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).
- Examen de rutina y accesorios para la vista, siempre que los obtenga de un proveedor de VSP.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Examen de audición de rutina y audífonos, siempre que los obtenga de un proveedor de TruHearing.
- Servicios dentales que no están cubiertos por Medicare como se describe en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
- Servicios de cuidado alternativo complementario opcional, siempre y cuando haya comprado el beneficio de Cuidado adicional complementario opcional. Tenga en cuenta que debe inscribirse en el beneficio de atención extra complementaria opcional para estar cubierto por la atención alternativa que no está cubierta por Medicare. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 para obtener más información sobre la cobertura complementaria opcional.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le presentamos algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden pacientes con condiciones cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención. Si su PCP determina que la atención de un especialista es médicamente necesaria, le proporcionará una remisión a un especialista de Summit Health Plan. En algunos casos, el consultorio de su PCP también debe comunicarse con Summit Health Plan para notificarnos de la remisión.

Se necesitan remisiones para servicios especializados como atención quiropráctica, exámenes de audición médica, servicios de podología y atención de rehabilitación (fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional).

Los servicios, como procedimientos quirúrgicos electivos, hospitalizaciones, autorizaciones para proveedores fuera de la red y atención de enfermería especializada deben ser aprobados por Summit Health Plan antes de recibir atención. Su PCP es responsable de obtener la aprobación de estos servicios. Póngase en contacto con Servicio al cliente para obtener más detalles. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto.

Si hay un especialista u hospital en particular que desee usar, verifique primero para asegurarse de que su PCP lo remita a ese especialista o use ese hospital.

Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren remisiones y autorizaciones previas.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

¿Qué servicios necesitará su proveedor para obtener una autorización previa del plan?

Para ciertos servicios, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el servicio por usted. Esto se llama obtener "autorización previa". Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Si está viendo a un proveedor fuera de la red, se le recomienda a usted o su proveedor que obtengan la aprobación previa del plan antes de recibir servicios que no sean de emergencia o que no sean urgentes.

Su proveedor puede llamar a Servicios de Cuidados de Salud de Summit Health al 1-844-931-1778 o envíe una solicitud de autorización previa por fax al 1-855-637-2666. El horario de Servicios de salud de Summit Health es de 7:00 a. m. a 4:30 p. m. hora del Pacífico, de lunes a viernes. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Durante el año, podemos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varios motivos por los cuales su proveedor podría retirarse de su plan, pero si su médico o especialista lo hiciera, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su prestador de servicios médicos dejará nuestra cobertura para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo prestador de servicios médicos.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe ayudándole en sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para garantizarle, que el tratamiento médicamente necesario que usted está recibiendo no sea interrumpido.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar a su antiguo proveedor o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su cobertura, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo prestador de servicios médicos para administrar su atención.

Si su proveedor abandona nuestro plan, puede consultar su *Directorio de proveedores*, busque en nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com o llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda para encontrar un nuevo proveedor (los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto). Puede consultar al mismo proveedor si todavía es un proveedor de Medicare y está dispuesto a facturar a Summit Health Plan por los servicios.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Puede utilizar proveedores fuera de la red para obtener algunos de sus servicios cubiertos. Sin embargo, sus costos de desembolso personal pueden ser más altos que si usa proveedores de nuestro plan. Los siguientes son casos en los que Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) cubriría servicios prestados fuera de la red:

- Atención médicamente necesaria que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarla. Puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red de Medicare. Será necesario obtener autorización previa de nuestro plan para aprobar estos servicios. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
- Atención urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible acceder a ellos temporalmente, por ejemplo, cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con Servicios de atención médica (consulte el Capítulo 2, Sección 1, *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica* para obtener información de contacto). Los servicios de atención médica pueden ayudarlo a coordinar su atención antes de que abandone el área de servicio y coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Usar sus beneficios de punto de servicio para los servicios cubiertos del plan. Esto también incluye servicios que es posible que quiera utilizar mientras está fuera del área de servicio. No todos los servicios cubiertos están disponibles bajo el beneficio de punto de servicio y algunos servicios aún pueden requerir autorización previa cuando se reciben de un proveedor fuera de la red. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre cuánto paga cuando usa sus beneficios de punto de servicio.

Si no está seguro de si un proveedor de Medicare está dentro o fuera de la red, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica**¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer si tiene una?**

Una "**Emergencia médica**" se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. En estos casos *no* necesita obtener la aprobación ni una derivación previa de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan tenga conocimiento de su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia médica, por lo general dentro de las siguientes 48 horas. Llame a Servicios de Cuidados de Salud de Summit Health al 1-844-931-1778 o envíe la información por fax al 1-855-637-2666. El horario de Servicios de salud de Summit Health es de 7:00 a. m. a 4:30 p. m. hora del Pacífico, de lunes a viernes. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué abarca la cobertura en caso de una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte del mundo. Nuestro Plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencias en otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Está cubierto en todo el mundo para emergencias y atención de urgencia. Vea el Capítulo 4 para más información.

Si tiene una emergencia, consultaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudarle a administrar y hacer seguimiento a la atención. Los médicos que le brinden la atención de emergencia decidirán en qué momento su afección es estable y la emergencia médica ha terminado.

Después de que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no fue una emergencia médica?

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ingresar para recibir atención de emergencia con la sensación de que su salud corre peligro grave, pero el médico puede afirmar que no se trataba de una emergencia médica, después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia médica, siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud corría peligro grave, cubriremos su atención.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solamente* si la recibe de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- - o - La atención adicional que recibe se considera un "servicio que se necesita con urgencia" y usted sigue las reglas para obtener estos servicios que se necesitan con urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando precisa servicios de urgencia**¿Qué son los "servicios que se necesitan con urgencia"?**

Los "servicios que se necesitan con urgencia" son una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos. La condición inesperada podría ser, por ejemplo, el recrudecimiento inesperado de una afección existente.

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

Siempre debe intentar obtener los servicios que se necesitan con urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no es posible acceder a ellos temporalmente y no se considera razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios que se necesitan con urgencia que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Comuníquese primero con su PCP para tener acceso a los servicios de urgencia dentro de la red. Si su PCP no puede verlo con urgencia, pregúntele a dónde debe ir. También puede buscar proveedores de la red en nuestra página web en www.yoursummithealth.com. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Como miembro, tiene acceso a una línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Cuando se comunica a nuestra línea de asesoramiento de enfermería, puede hablar directamente con una enfermera registrada que lo ayudará a responder las preguntas relacionadas con su salud. Su llamada siempre es confidencial. Llame gratis al 1-866-321-7580. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El plan también ofrece visitas de diagnóstico/tratamiento a pedido las 24 horas del día, los 7 días de la semana con médicos certificado por la junta a través de la funcionalidad de texto/chat con capacidades de video interactivo opcionales. Visite nuestro sitio web en yoursummithealth.com/cirrusmd para obtener más detalles

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

¿Qué pasa si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Atención médica de emergencia: tratamiento necesario de inmediato porque cualquier retraso significaría un riesgo de daño permanente para su salud
- Servicios que se necesitan con urgencia: tratamiento de una enfermedad, lesión o afección médica inesperada, que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata para evitar una posible aparición de una afección médica de emergencia

Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2 para obtener más información sobre esta cobertura.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención por parte de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.yoursummithealth.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por los costos totales de sus servicios cubiertos?

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

Si ha pagado más que lo que corresponde de su parte por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) cubre todos los servicios médicos médicamente necesarios; estos servicios se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto), y se obtienen en consonancia con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos por algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión respecto a una cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar los costos una vez que se haya alcanzado un límite de beneficios no contará para su máximo de desembolso personal. Puede llamar a Servicio al Cliente cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado "ensayo clínico") es un proceso que utilizan los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, observar qué tan bien funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando la participación de voluntarios para ayudar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación, que ayuda a los médicos y a los científicos a analizar si los nuevos enfoques son efectivos y seguros.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos para los miembros de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobarlos. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.*

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, una de las personas que trabajan en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúne los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio y usted comprenda y acepte completamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte de dicho estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro Plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) para informarles que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre el monto que el plan le pagará.

Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién se encarga de pagar los distintos costos?
--------------------	--

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para artículos y servicios de rutina que recibirá como parte del estudio, entre ellos:

- Alojamiento y comida por una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare ha pagado su parte por el costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que usted pagaría si nuestro Plan le brindara dichos servicios.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Aquí hay un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: digamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos además que sus costos compartidos por este análisis son de \$20 según Medicare Original, pero sería de solo \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestros costos compartidos, necesitará enviarnos una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes cargos:**

- En general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le brinda a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Los artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y que no son utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación "Medicare y estudios de investigación clínica" en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud"

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

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, brindaremos cobertura para la atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Puede elegir buscar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos dedicados al cuidado de la salud). Medicare solo pagará los servicios no médicos dedicados al cuidado de la salud brindados por instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud.

Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa de atención de salud no médica
--------------------	---

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone concienzudamente a recibir un tratamiento médico "no objetado".

- La atención o tratamiento médico "no objetado" es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por alguna ley federal, estatal o local alguna.
- El tratamiento médico "objetado" es la atención médica o tratamiento que usted recibe y que es *no voluntario* o *es requerido* según las leyes federales, estatales o locales.

Para recibir cobertura de nuestro Plan, la atención que recibe en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- La instalación que brinda la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido al centro; de lo contrario, su estancia no estará cubierta.

Se aplican límites de cobertura de hospital para pacientes hospitalizados (consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 Atención de hospital para pacientes hospitalizados) para obtener más información.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de los equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Será usted el dueño del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones de sistema eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre es el dueño de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, describimos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en dueños de dichos equipos después de abonar copagos durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), usted por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad de un artículo de DME. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para convertirse en propietario el artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no se tomarán en cuenta para estos nuevos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo del DME en Medicare Original *antes* de que se uniera a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Medicare Original para adquirir el artículo. No existe ninguna excepción para este caso cuando regresa a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?
--------------------	--

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare durante el tiempo que esté inscrito, Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) cubrirá:

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) o ya no requiere médicamente equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

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

Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es el 20% del monto total permitido dentro de la red (Si utiliza un proveedor fuera de la red, su costo compartido será el 50% del monto total permitido), cada mes.

Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) no paga más de 36 montos de alquiler mensual continuo por oxígeno y equipos de oxígeno. El pago del contenido de oxígeno utilizado con equipos de oxígeno líquido o gaseoso (estacionario o portátil) continúa después del límite de alquiler de 36 meses por cualquier período de necesidad médica por el resto de la vida útil razonable del equipo. Es posible que apliquen costos compartidos adicionales al cambiar de planes o proveedores.

Si antes de inscribirse en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) había realizado 36 meses de pago de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) es el 20% del monto total permitido dentro de la red (Si utiliza un proveedor fuera de la red, su costo compartido será el 50% del monto total permitido) cada mes. Es posible que apliquen costos compartidos adicionales al cambiar de planes o proveedores.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su cobertura y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó el alquiler de equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), unirse a Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) durante 12 meses y luego regresar a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

Del mismo modo, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) y luego regresa a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios médicos
(qué está cubierto y qué debe pagar)*

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

<u>Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)</u>	
SECCIÓN 1	Explicación de sus costos de desembolso personal por servicios cubiertos..... 65
Sección 1.1	Tipos de costos de desembolso personal que posiblemente pague por sus servicios cubiertos 65
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 65
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen el saldo"..... 66
SECCIÓN 2	Consulte la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para conocer qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar 67
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 67
Sección 2.2	Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar 129
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?..... 131
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones) 131

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

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de desembolso personal por servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios. En la Sección 2.2 se describen los beneficios complementarios opcionales, los beneficios adicionales disponibles para comprar por una prima adicional.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso personal que posiblemente pague por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso por sus servicios cubiertos.

- Un **"Copago"** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de servicios médicos en la Sección 2 le brinda más información en detalle sobre sus copagos).
- El **"Coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted debe pagar un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de servicios médicos en la Sección 2 le brinda más información en detalle sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrar su constancia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que no corresponde que se le pida que pague, comuníquese con Servicios al Cliente.

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite a la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo cada año para servicios médicos dentro de la red cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto máximo de desembolso por servicios médicos.

Como miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo para servicios en red cubiertos por la Parte A y Parte B en 2021 es \$6,250. Los montos que paga por copagos y coseguros por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de desembolso personal. (Los montos que paga por las primas de su

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

plan y por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D no cuentan para su monto máximo de desembolso personal. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de desembolso. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos). Si alcanza el monto máximo de \$6,250 que paga de su bolsillo, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año por los costos cubiertos dentro de la red cubiertos por los servicios de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Además del monto máximo de desembolso personal para los servicios cubiertos dentro de la red, existe un monto máximo de desembolso por separado que se aplica solo a los servicios fuera de la red, también conocido como su beneficio de punto de servicio.

El plan tiene una cantidad máxima de costos de bolsillo de \$8,000 para obtener beneficios en el punto de servicio. Una vez que haya pagado \$8,000 de su bolsillo para los beneficios en el punto de servicio, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año natural por los servicios cubiertos. Tanto el monto máximo de desembolso personal para todos los servicios médicos cubiertos dentro de la red como el monto máximo de desembolso personal para los beneficios de punto de servicio se aplican a sus beneficios de punto de servicio cubiertos. Esto significa que si consulta proveedores dentro y fuera de la red, sus costos máximos de desembolso serán \$8,000.

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

Como miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo que llamamos "facturación del saldo". Esta protección (que consiste en que nunca deberá pagar más de su monto de los costos compartidos del plan) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no le pagamos ciertos cargos al proveedor.

A continuación, explicamos de qué manera funciona esta protección.

- Si su gasto compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces solo pagará ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que recurra:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).

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

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan incluye servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una derivación).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan incluye servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una derivación).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Consulte la *Tabla de beneficios médicos* para conocer qué está cubierto para usted y cuánto deberá pagar

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

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) cubre y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, suministros y equipos) *deben* ser médicamente necesarios según criterio médico. "Médicamente necesarios" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor certificado por Medicare. Todos los proveedores de Summit Health están certificados por Medicare; sin embargo, si usa su opción de POS para ver a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe estar certificado por Medicare. Las reglas de autorización previa aún pueden aplicar para los servicios recibidos utilizando su opción de POS. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red como si se recibieran de un proveedor del plan.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP, por sus siglas en inglés) que le brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda ver a otros proveedores en la red del plan.

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

A esto se le conoce como brindarle una "derivación". El Capítulo 3 proporciona más información sobre cómo obtener una derivación y las situaciones en las que no necesita una.

- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces se denomina "autorización previa") de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado incluirán la notificación de "Es posible que requiera autorización previa" en la Tabla de beneficios médicos. Además, los siguientes servicios que no figuran en la Tabla de beneficios médicos requieren aprobación por adelantado:
 - Prueba genética
 - Tratamiento y cirugía de apnea del sueño
 - Procedimientos/cirugías/tratamientos que el plan puede considerar experimentales o de investigación
 - Procedimientos potencialmente cosméticos y reconstructivos
 - Servicios y procedimientos sin códigos CPT específicos (servicios y procedimientos no enumerados)
 - Procedimientos de afirmación de género

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Usted paga *más* en nuestro plan de lo que lo haría en Medicare Original por algunos de estos beneficios. En otros casos, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su Manual *Medicare y usted 2021*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura bajo Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**Tabla de beneficios médicos**

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un examen de detección con ultrasonido una única vez para pacientes con riesgo. El plan cubre solamente este examen de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y obtiene una referencia para este de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica. Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.	50% del monto total permitido para un examen de aneurisma aórtico abdominal cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio POS.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare que tengan síntomas que cumplan con la definición de dolor lumbar crónico:</p> <p>Para el propósito de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con una duración de 12 semanas o más; • indeterminada, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales, para un total de hasta 20 sesiones por año calendario, si se muestra una mejora. La cobertura se suspenderá si no se presenta una mejora o si empeora.</p> <p>Los servicios de acupuntura deben brindarse bajo la supervisión de un médico calificado. Es posible que los acupunturistas independientes no califiquen. Es posible que pueda consultar a cualquier proveedor elegible de Medicare que esté dispuesto (es decir, médico o médico en osteopatía), que tiene licencia para brindar este servicio. Su proveedor puede responder preguntas sobre el alcance de su licencia.</p>	<p>Copago de \$10 por servicios recibidos en un entorno de PCP; Copago de \$35 por servicios recibidos en un entorno especializado. Puede que se requiera una referencia.</p>	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios en avión, en helicóptero y por tierra al centro adecuado más cercano que pueda brindar la atención, solo si se proporcionan a un afiliado cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si los servicios están autorizados por el plan. El transporte en ambulancia que no es de emergencia se considera apropiado cuando se demuestra que la afección del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, y el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Se requiere autorización previa para servicios de transporte que no sean de emergencia</p> <p>Copago de \$300 para cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$300 para cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica para cada viaje de ida.</p>	<p>Se requiere autorización previa para servicios de transporte que no sean de emergencia</p> <p>Copago de \$300 para servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>Copago de \$300 para cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare al usar su beneficio de POS. El costo compartido se aplica para cada viaje de ida.</p>
<p>Examen físico de rutina anual</p> <p>Además de la visita de examen "Bienvenido a Medicare" o de la "Visita anual de bienestar", nuestro plan cubre un examen físico de rutina cada año calendario.</p> <p>El examen físico de rutina incluye un examen físico completo y una evaluación de su estado de salud, incluidas las enfermedades crónicas.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>Copago de \$0 por un examen físico de rutina cada año calendario.</p>	<p>50% del monto total permitido para un examen físico de rutina anual cuando use su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado con base en su salud y sus factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: su primera visita de bienestar anual no puede realizarse antes de transcurridos 12 meses de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales si ha tenido la Parte B durante 12 meses.</p> <p>Si también recibe tratamiento, control o análisis de laboratorio para una afección médica nueva o existente durante la visita del examen físico, se aplicará el costo compartido correspondiente por la atención recibida para esa afección médica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>	<p>50% del monto total permitido para una visita de bienestar anual cubierta por Medicare cuando usa su beneficio de POS.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o de contraer osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia en caso de ser médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detección de pérdida ósea o determinación de calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para la medición de masa ósea cubierta por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>	<p>50% del monto total permitido para exámenes de detección de cáncer de seno cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Copago de \$30 por proveedor por día para cada servicio de rehabilitación cardíaca uno cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 por proveedor por día por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare cuando use su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para cada visita de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare cuando use su beneficio POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico podría recomendarle el uso de aspirina (de ser apropiado), revisar su presión sanguínea y darle algunos consejos sobre alimentación saludable.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>	<p>50% del monto total permitido para un cardiovascular cubierto por Medicare visita de reducción del riesgo de enfermedad al usar su beneficio POS.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular.</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>	<p>50% del monto total permitido para pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertas por Medicare cuando utilice su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: se cubren los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si usted tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o cáncer vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</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 • Consulte la Sección 3.1 sobre exclusiones 	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare. Es posible que se requiera una remisión.</p>	<p>50% del monto total permitido por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare cuando usa su beneficio POS.</p>
<p> Detección 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 como alternativa, examen de detección con enema de bario) cada 48 meses <p>Uno de las siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para pruebas de detección de cáncer colorrectal cubiertas por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido por cada enema de bario cubierto por Medicare cuando use su beneficio POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <p>Examen de detección de cáncer colorrectal basado en el ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas que presentan un alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o como alternativa, examen de detección con enema de bario) cada 24 meses <p>Para las personas que no presentan un alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero en los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección <p>Tenga en cuenta que se puede aplicar un costo compartido separado si se brindan servicios adicionales. Consulte Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios, para obtener información sobre los costos compartidos cuando los servicios de colonoscopia se se considera diagnóstico en lugar de detección (por ejemplo, antecedentes personales o síntomas actuales).</p>		

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios dentales (Cubiertos por Medicare)</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones que un proveedor de Medicare puede cubrir como paciente hospitalizado o externo. 	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Copago de \$35 para cada servicio dental cubierto por Medicare. Es posible que se requiera una remisión.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido por cada servicio dental cubierto por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios dentales (complementario)*</p> <p>Cubrimos servicios dentales adicionales que no cubre Medicare original.</p> <p>Los servicios deben recibirse de proveedores dentales que no se hayan excluido de Medicare.</p> <p>Si acude a un proveedor dental que ha optado por no participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.</p> <p>Consulte con su proveedor dental antes de recibir los servicios para confirmar que no son proveedores de exclusión.</p> <p>Los servicios dentales cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpiezas Exámenes dentales y otros servicios de diagnóstico Tratamiento de fluoruro Radiografías dentales Servicios restaurativos Endodoncia Periodoncia 	<p>Para que los servicios se consideren dentro de la red, el tratamiento lo debe brindar un dentista contratado que participa en Delta Dental of Oregon Medicare Advantage.</p> <p>Los siguientes servicios dentales no se aplican a la asignación máxima anual de beneficios de \$500 cuando los realiza un dentista de Delta Dental of Oregon Medicare Advantage:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes periódicos (de rutina) o exhaustivos (hasta dos por año calendario) Las radiografías de serie completa o una película panorámica se cubren una vez en 	<p>Tiene un beneficio combinado máximo de hasta \$500 por año calendario para servicios dentales preventivos, de diagnóstico e integrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes periódicos (de rutina) o exhaustivos (hasta dos por año calendario) Las radiografías de serie completa o una película panorámica se cubren una vez en cualquier período de 5 años Las radiografías complementarias de serie de mordida están cubiertas una vez en cualquier año calendario La profilaxis (limpieza) o el mantenimiento periodontal están

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios dentales (complementario)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prostodoncia • Extracciones y cirugía oral. <p>La cobertura de estos servicios está limitada a códigos dentales específicos. Comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener más información.</p>	<p>cualquier período de 5 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las radiografías complementarias de serie de mordida están cubiertas una vez en cualquier año calendario • La profilaxis (limpieza) o el mantenimiento periodontal están cubiertos hasta dos por año calendario <p>Todos los demás servicios dentales cubiertos realizados por un dentista de Delta Dental de Oregon Medicare Advantage están cubiertos hasta una asignación máxima de beneficios combinados de \$500 por año calendario.</p> <p>Cualquier servicio adicional más allá de los límites de frecuencia será responsabilidad del miembro.</p> <p>*Cualquier costo que deba pagar de desembolso personal por servicios dentales complementarios no cuenta para el monto máximo de desembolso personal directo de su plan.</p>	<p>cubiertos hasta dos por año calendario</p> <p>Todos los servicios se aplican al beneficio máximo combinado. Cualquier servicio adicional más allá de los límites de frecuencia será responsabilidad del miembro.</p> <p>*Cualquier costo que deba pagar de desembolso personal por servicios dentales complementarios no cuenta para el monto máximo de desembolso personal de su plan.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>	<p>50% del monto total permitido para un examen de depresión cubierto por Medicare cuando use su beneficio de POS.</p>
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detención (incluye pruebas de glicemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En base a los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para cada prueba de detección de diabetes cubierta por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los suministros para controlar los niveles de glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad diabética severa de los pies: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas junto a esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles estándar que acompañan a esos zapatos). La cobertura incluye los ajustes. •  La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. • Para los miembros que cumplen con los criterios, el plan ofrece un programa mejorado de control de la diabetes. El programa incluye entrenamiento intervencionista, medidor de glucosa en la sangre y suministros para pruebas. <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago \$0 por los suministros para monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>20% del monto total permitido para zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Las tiras reactivas y los dispositivos están limitados a los fabricantes preferidos del plan. Se deben proporcionar y organizar todos los suministros y/o dispositivos para diabéticos dentro de la red a través de un proveedor autorizado por el plan.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada capacitación de autocontrol cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios mejorados de control de la diabetes.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para suministros de monitoreo para diabéticos cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido por cada capacitación de autogestión cubierta por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>Los servicios mejorados de control de la diabetes no están disponibles fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>(La definición de "equipo médico duradero" se incluye en el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o andadores.</p> <p>Si es nuevo en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) y está utilizando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para obtener 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 sobre qué producto o marca es apropiada para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>).</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>20% del monto total permitido para equipo médico duradero y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Los productos de Monitoreo continuo de glucosa (MCG, por sus siglas en inglés) están limitados a los fabricantes preferidos del plan.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare y suministros relacionados al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que son brindados fuera de la red es el mismo que el de los servicios brindados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Consulte "Servicios mundiales de atención de emergencia y urgencia" en esta tabla de beneficios para obtener detalles sobre los beneficios.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por la funcionalidad de chat/texto con capacidad opcional de video interactivo con médicos certificado por la junta. Visite nuestro sitio web en yoursummithealth.com/cirrusmd para obtener más detalles.</p> <p>El copago de la sala de emergencias no se aplica si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y, necesita atención como paciente internado después de que su condición de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta o debe obtener su atención para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>El Programa de envejecimiento saludable y de ejercicio Silver&Fit®</p> <p>Los miembros tienen las siguientes opciones disponibles sin costo para ellos:</p> <p>1. Una membresía de gimnasio: puede ir a un gimnasio Silver&Fit®, a un YMCA participante u otro centro de ejercicios* cerca de usted que participa en el programa, y</p> <p>2) El programa de acondicionamiento físico en el hogar: puede elegir entre una variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar si no puede ir a un gimnasio o si desea hacer ejercicio en casa. Puede obtener hasta 2 kits cada año de beneficios.</p> <p>*Los servicios no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán. El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH).</p> <p>Silver&Fit es una marca comercial registrada de ASH y se utiliza aquí con permiso. No todos los programas y servicios pueden estar disponibles en todas las áreas.</p> <p>Para obtener más información o para inscribirse en este programa, visite www.SilverandFit.com o llame gratis a Silver&Fit al (877) 427-4788. (TTY: 711).</p>	<p>Copago de \$0 cada programa educativo de salud y bienestar.</p> <p>Debe utilizar un gimnasio que participe en la red ASH Fitness. Puede solicitar que se agregue su gimnasio a su red.</p> <p>Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	<p>El programa de envejecimiento saludable y de ejercicio Silver&Fit no está disponible fuera de la red.</p> <p>Cualquier servicio de salud y bienestar recibido fuera del Programa de envejecimiento saludable y de ejercicio Silver&Fit sería su responsabilidad. Los programas de educación sobre salud y bienestar no están disponibles fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios de audición (cubierto por Medicare)</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por el proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Copago de \$35 para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. Es posible que se requiera una remisión.</p>	<p>50% del monto total permitido para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio al usar su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios de audición (Complementario)*</p> <p>Debe consultar con un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-844-277-8097 para programar una cita (para los usuarios de TTY, marque 711).</p> <p><u>Examen de audición de rutina*</u>: Un examen de audición de rutina no cubierto por Medicare por año calendario.</p> <p><u>Audífonos*</u>: Hasta dos audífonos de la marca TruHearing por año calendario (un audífono por oído por año calendario). El beneficio es limitado a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores. Debe consultar con un proveedor de TruHearing para usar este beneficio.</p>	<p>Copago de \$0 para un examen de audición de rutina por año calendario.</p> <p>Copago de \$699 por ayuda para los productos de audífonos avanzados Flyte ofrecidos por TruHearing</p> <p>Copago de \$999 por ayuda para los productos de audífonos Flyte Premium ofrecidos por TruHearing</p>	<p>El examen de audición de rutina y los servicios de audífonos no están disponibles fuera de la red. Cualquier servicio recibido de un proveedor fuera de la red TruHearing sería su responsabilidad.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios de audición (Complementario)* (continuación)</p> <p><u>Audífonos*</u>:</p> <p>La compra de su audífono incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 consultas con el proveedor dentro del primer año de la compra del audífono • Un período de prueba de 45 días • Una garantía extendida por 3 años • 48 baterías (pilas) por audífono <p>Los audífonos premium están disponibles en opciones de estilo recargables por \$50 adicionales por audífono.</p> <p>Su beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes auriculares • Accesorios para los audífonos • Consultas adicionales con el proveedor • Baterías (pilas) extras • Audífonos que no sean de la marca TruHearing • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdidas y daños <p>Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p> <p>*Sus costos de desembolso personal por servicios de audición de rutina no cuentan para el monto máximo de desembolso personal de su plan.</p>		

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Examen de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que presentan un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por el examen para la detección preventiva del VIH cubierto por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para pruebas de detección de VIH cubiertas por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Atención de una agencia de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de cuidado a domicilio y ordenar que sean realizados por una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe permanecer en casa, lo que significa que salir de ella requiere un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, de tiempo parcial o intermitentes (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios combinados de asistencia de enfermería especializada y asistente para el cuidado de la salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Para equipos y suministros médicos, consulte la sección Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados en esta tabla 	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para los servicios de la salud en el hogar cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente que de otro modo no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B no preferidos pueden estar sujetos a la Terapia escalonada. Puede encontrar la lista más actualizada de medicamentos de la Parte B sujetos a terapia escalonada en nuestro sitio web, yoursummithealth.com/medicare/support</p> <p>20% del monto total permitido para los medicamentos de quimioterapia de la Parte B y su administración.</p> <p>20% del monto total permitido para otros medicamentos de la Parte B y su administración</p> <p>Usted paga el 20% del monto total permitido para equipo médico duradero, dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para los medicamentos de quimioterapia de la Parte B y su administración.</p> <p>50% del monto total permitido para otros medicamentos de la Parte B y su administración.</p> <p>Usted paga el 20% del monto total permitido para equipo médico duradero, dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>50% del monto total permitido para los servicios de la salud en el hogar cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos</p> <p>Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted califica para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico de enfermedad terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue el curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor. • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original pague.</p> <p><u>Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios sin carácter de emergencia o que no se necesitan con urgencia que son cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal, los costos por estos servicios dependen de si utilizó un proveedor de la red de nuestro plan:</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p> <p>Copago de \$10 si tiene una consulta de hospicio por parte de un Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) antes de elegir el hospicio.</p> <p>Copago de \$35 si tiene una consulta de hospicio por un especialista antes de elegir un hospicio. Puede que se requiera una referencia.</p>	<p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p> <p>50% del monto total permitido para una consulta de hospicio con un PCP al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para una consulta de hospicio con un especialista al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos según la tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare) <p><u>Para los servicios cubiertos por Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de la cobertura:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por el centro paliativo y nuestra cobertura al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué pasa si está en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>		

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía (s) - La primera vacuna contra la neumonía está cubierta en cualquier momento. Se cubre una vacuna adicional si se administra un año (o más tarde) después de la primera vacuna. Hable con su médico u otro proveedor de atención médica para ver si necesita una o ambas vacunas antineumocócicas • Vacunas contra la gripe, una por cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si se encuentra bajo riesgo y cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Para obtener el mejor beneficio, estas vacunas deben recibirse en una farmacia de la red.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.</p>	<p>50% del monto total permitido por cada vacuna contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B cubierta por Medicare, cuando use su beneficio POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye los servicios hospitalarios para pacientes internados, rehabilitación hospitalaria, hospitales que proporcionan atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.</p> <p>Los servicios hospitalarios para pacientes internados comienzan el día en que usted ingresa formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan en cada período de beneficios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o unidades de atención coronaria) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias 	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>\$370 de copago por día para los días 1-5; Copago de \$0 por día para los días 6 y posteriores.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare cuando utilice su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> En ciertas condiciones, se cubrirán los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón/páncreas, cardíaco, hepático, pulmonar, cardíaco/pulmonar, de médula ósea, de células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, nosotros coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si se le considera como candidato. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera de los patrones de atención de la comunidad, usted puede optar por recibir los servicios en forma local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. El reembolso de los costos de transporte se realiza mientras usted y su acompañante viajan hacia y desde su hogar a los proveedores médicos por los servicios 	<p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada.</p> <p>Si ingresa en el hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p>No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de sangre cubiertos por Medicare comenzando con la cuarta pinta de sangre que necesita.</p> <p>*Los costos que paga de desembolso personal por las primeras 3 pintas de sangre no cuentan para el monto máximo de desembolso personal de su plan.</p>	<p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada.</p> <p>Si ingresa en el hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p>No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p> <p>50% del monto total permitido para servicios de sangre cubiertos por Medicare a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite, cuando use su beneficio POS.</p> <p>*Los costos que paga de desembolso personal por las primeras 3 pintas de sangre no cuentan para el monto máximo de desembolso personal de su plan.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>relacionados con el cuidado del trasplante. Los costos de transporte y alojamiento serán reembolsados por el millaje de viaje y el alojamiento de acuerdo con las pautas del IRS para el alojamiento y millaje de viaje actuales en la fecha en que se presten los servicios. Los hospedajes para alojamiento se reembolsarán al menor de los siguientes: 1) cargos facturados o 2) de acuerdo con las pautas del IRS para el alojamiento máximo para esa ubicación. Puede acceder a la información actual de reembolso en el sitio web de la Administración de Servicios Generales de EE. UU. en www.gsa.gov.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener más información sobre cómo y dónde presentar un reclamo, consulte la sección "Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido" de este folleto. • Sangre* - incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta utilizada. • Servicios médicos 		<p>Si consigue atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Nota: para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para su ingreso formal como paciente en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podrá seguir siendo considerado como "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>		

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa en el hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. 	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>\$370 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 91-190 para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.</p> <p>Tiene un límite de por vida de 190 días para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Después del límite vitalicio de 190 días, usted paga los costos restantes.</p> <p>*Sus costos de desembolso personal una vez que se haya alcanzado el límite de beneficios no contarán para su desembolso personal máximo.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para atención de salud mental para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare cuando usa su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>Tiene un límite de por vida de 190 días para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Después del límite vitalicio de 190 días, usted paga los costos restantes.</p> <p>*Sus costos de desembolso personal una vez que se haya alcanzado el límite de beneficios no contarán para su máximo de desembolso personal.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estadía del paciente no es razonable o necesaria, no cubriremos esa estadía del paciente. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por su siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, terapia con radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen parcial o totalmente un órgano interno del cuerpo (inclusive tejido contiguo) o la función total o parcial de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o disfuncional, inclusive el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional. 	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Servicios médicos Consulte la sección "Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico" en este cuadro.</p> <p>Servicios de diagnóstico y radiología, apósitos quirúrgicos y férulas Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico para pacientes externos y servicios y suministros terapéuticos" en esta tabla.</p> <p>Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros médicos/terapéuticos para pacientes externos Consulte la sección "Dispositivos protésicos y suministros relacionados" en esta tabla.</p> <p>Servicios de terapia física, del habla y ocupacional Consulte la sección "Servicios de rehabilitación para pacientes externos" en esta tabla.</p>	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero sin diálisis) o que se han sometido a un trasplante de riñón que ha sido ordenado por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro Plan, cualquier otro Plan de Medicare Advantage o de Medicare Original) y 2 horas cada año después de esto. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recomendar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para terapia nutricional médica cubierta por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Los servicios del MDPP se cubrirán a los beneficiarios de Medicare que califiquen en virtud de planes de salud de Medicare. Se debe utilizar un proveedor elegible de MDPP para recibir este beneficio.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio del comportamiento de salud que provee capacitación práctica en el cambio de la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de la pérdida de peso sostenida y un estilo de vida saludable.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>	<p>50% del monto total permitido para el beneficio MDPP cubierto por Medicare cuando usa su beneficio POS.</p>

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

Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Se puede requerir autorización previa.	Se puede requerir autorización previa.
<p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que toma por medio de un equipo médico duradero (como nebulizadores) que hayan sido autorizados por el plan • Factores de coagulación que se administra usted mismo por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusicas y no puede auto administrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesaria, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetina Alfa[®], Aranesp o Darbepoetina Alfa) 	<p>Los medicamentos de la Parte B no preferidos pueden estar sujetos a la Terapia escalonada. Puede encontrar la lista más actualizada de medicamentos de la Parte B sujetos a terapia escalonada en nuestro sitio web, yoursummithealth.com/medicare/support</p> <p>20% del monto total permitido para los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y su administración.</p> <p>20% del monto total permitido para otros medicamentos de la Parte B de Medicare y su administración.</p>	<p>50% del monto total permitido para medicamentos de quimioterapia de la Parte B y su administración al usar su beneficio POS.</p> <p>50% del monto total permitido para otros medicamentos de la Parte B y su administración al usar su beneficio POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que sus recetas médicas sean cubiertas. Lo que paga por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>		
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos los servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el examen de detección y la terapia preventiva de la obesidad.</p>	<p>50% del monto total permitido para exámenes y terapia de obesidad cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios del programa de tratamiento por uso de opiáceos</p> <p>Los servicios de tratamiento para el trastorno por uso de opiáceos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde • Asesoramiento sobre uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas 	<p>Copago de \$35 para cada servicio de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido por cada servicio del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Electrocardiograma • Radioterapia (terapia con radio e isótopos) que incluye materiales y suministros técnicos • Insumos quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre*: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos concentrados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Radiografías para pacientes externos 20% del monto total permitido para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios terapéuticos de radiología 20% del monto total permitido para servicios cubiertos por Medicare (como radioterapia para el cáncer).</p> <p>Suministros médicos 20% del monto total permitido para suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio Copago de \$7 por proveedor por día para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de sangre Usted paga un copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Radiografías para pacientes externos 50% del monto total permitido para servicios cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>Servicios terapéuticos de radiología 50% del monto total permitido para servicios cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer) al usar su beneficio de POS.</p> <p>Suministros médicos 50% del monto total permitido para suministros cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>Servicios de laboratorio 50% del monto total permitido para servicios cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>Servicios de sangre 50% del monto total permitido para los servicios cubiertos por Medicare, al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuado)	*Los costos que paga de desembolso personal por las primeras 3 pintas de sangre no cuentan para el monto máximo de desembolso personal de su plan.	*Los costos que paga de desembolso personal por las primeras 3 pintas de sangre no cuentan para el monto máximo de desembolso personal de su plan.
	Pruebas de diagnóstico y procedimientos Copago de \$7 por proveedor por día para servicios cubiertos por Medicare.	Pruebas de diagnóstico y procedimientos 50% del monto total permitido para los servicios cubiertos por Medicare, al usar su beneficio de POS.
	Servicios de diagnóstico radiológico 20% del monto total permitido para servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).	Servicios de diagnóstico radiológico 50% del monto total permitido para servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) al usar su beneficio de POS.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios. Cuando un médico ordena cuidado de observación, el estado del paciente se considera de paciente externo.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Copago de \$370 para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para servicios de observación cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como los servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin él • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertas drogas y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo <p>Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!"</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Servicios de emergencia Consulte la sección "Atención de emergencia" en esta tabla.</p> <p>Cirugía para paciente externo Consulte las secciones "Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos externos" y "Observación hospitalaria para pacientes externos" en esta tabla.</p> <p>Pruebas de laboratorio y diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos. Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico para pacientes externos y servicios y suministros terapéuticos" en esta tabla.</p> <p>Atención de salud mental y hospitalización parcial. Consulte las secciones "Atención de salud mental para pacientes externos" y "Servicios de hospitalización parcial" en esta tabla.</p> <p>Atención por dependencia química Consulte la sección "Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos" en esta tabla.</p> <p>Drogas y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo Consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en esta tabla.</p>	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Esta hoja informativa es disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>		
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Visita al psiquiatra Copago de \$35 por proveedor por día para cada visita individual cubierta por Medicare con un psiquiatra y copago de \$35 para cada visita de terapia grupal.</p> <p>Visita de otro especialista Copago de \$35 por proveedor por día para cada individuo cubierto por Medicare visitar a un tipo diferente de especialista y copago de \$35 por proveedor por día para cada visita de terapia grupal.</p>	<p>Visita al psiquiatra 50% del monto total permitido para cada visita individual cubierta por Medicare a un psiquiatra y 50% del monto total permitido para cada visita de terapia grupal cuando use su beneficio de POS.</p> <p>Visita de otro especialista 50% del monto total permitido para cada visita individual cubierta por Medicare a un tipo diferente de especialista y 50% del monto total permitido para cada visita de terapia grupal al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos, tales como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Copago de \$35 por proveedor por día por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 por proveedor por día por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare cuando usa su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare cuando use su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios incluyen evaluación e intervención/tratamiento de abuso de alcohol y sustancias cubiertos por Medicare para personas con trastornos por uso de sustancias en un consultorio o centro externo.</p>	<p>Copago de \$35 por proveedor por día para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 por proveedor por día para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costos compartidos por la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado como un "paciente ambulatorio".</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios de observación.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio Copago de \$370 para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. (incluida la colonoscopia diagnóstica)</p> <p>Hospital ambulatorio Copago de \$370 para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. (incluida la colonoscopia diagnóstica)</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio 50% del monto total permitido para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>Hospital ambulatorio 50% del monto total permitido para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Copago de \$55 por proveedor por día por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>
<p>Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención médica o quirúrgica médicamente necesaria en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar 	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Copago de \$10 por proveedor por día por cada visita al proveedor de atención primaria cubierto por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para cada visita al consultorio de un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal de hospital o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La revisión no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible 	<p>Copago de \$35 por proveedor por día para cada visita en el consultorio a un especialista cubierto por Medicare. Puede que se requiera una referencia.</p> <p>Copago de \$35 por proveedor por día para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. Es posible que se requiera una remisión.</p> <p>Copago de \$10 por proveedor por día para cada visita virtual/telesalud de proveedor de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 por proveedor por día para cada visita virtual/telesalud especializada cubierta por Medicare. Puede que se requiera una referencia.</p> <p>Copago de \$35 por proveedor por día para cada servicio dental cubierto por Medicare. Puede que se requiera una referencia.</p>	<p>50% del monto total permitido para cada especialista cubierto por Medicare visita al consultorio al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para cada visita virtual/telesalud de proveedor de atención primaria cubierta por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para cada visita virtual/telesalud especializada cubierta por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido por cada servicio dental cubierto por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de videos y/o imágenes que envía a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita disponible más pronto • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo • Segunda opinión antes de la cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, el establecimiento de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la enfermedad por cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando son proporcionados por un médico) <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>		

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón) • Atención podológica de rutina para miembros que padecen ciertas afecciones médicas que afectan los miembros inferiores 	<p>Copago de \$35 por proveedor por día por cada servicio de podología cubierto por Medicare. Puede que se requiera una referencia.</p>	<p>50% del monto total permitido para cada servicio de podología cubierto por Medicare cuando usa su beneficio de POS.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen anual de tacto rectal cubierto por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para una prueba de PSA anual cubierta por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplazan una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. Incluye también cierto tipo de cobertura luego de una extracción de cataratas o cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte "Atención oftalmológica" más adelante en este capítulo).</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>20% del monto total permitido para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>20% del monto total permitido para suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para suministros relacionados cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</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 crónica (EPOC, por sus siglas en inglés) y tienen una orden de rehabilitación pulmonar de parte del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Copago de \$30 por proveedor por día, para cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare cuando usa su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Tecnologías de acceso remoto</p> <p>El plan cubre ciertos servicios de telemedicina no cubiertos por Medicare para una amplia gama de afecciones y síntomas médicos que incluyen, entre otros, acné, alergias, estreñimiento, tos, diarrea, problemas de oído, fiebre, gripe, dolor de cabeza, picaduras de insectos, náuseas, conjuntivitis, erupción cutánea, problemas respiratorios, dolor de garganta, problemas urinarios/UTI, vaginitis, vómitos y más.</p> <p>Las visitas de telemedicina pueden ser por teléfono inteligente, computadora o tableta e incluyen video, audio y/o mensajes de texto con un médico certificado.* Las visitas de telemedicina CirrusMD están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en todo el país.</p> <p>Su beneficio NO incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y costos del mismo para cualquier atención recibida fuera de la plataforma CirrusMD • Costos de recetas ordenadas por un proveedor de CirrusMD <p>*Es posible que no se encuentren disponibles sustancias controladas, medicamentos no terapéuticos y algunos otros medicamentos.</p>	<p>No hay copago, deducible ni coseguro para las visitas de telemedicina CirrusMD (que incluyen 7 días de visitas ilimitadas independientemente de la condición). Las visitas de telemedicina CirrusMD están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en todo el país.</p> <p>Si bien no es necesario que use la telemedicina en lugar de la atención en persona, si elige usar la telemedicina, debe usar un proveedor de la red que esté asociado con CirrusMD para los servicios de telemedicina.</p> <p>Se le pedirá que complete el registro en el primer uso de la visita de telemedicina. Visite nuestro sitio web en yoursummithealth.com/cirrusmd o su panel de miembros para obtener más información sobre este beneficio.</p>	<p>Los servicios de telemedicina no cubiertos por Medicare no están disponibles fuera de la red. Cualquier servicio recibido de un proveedor fuera de la red CirrusMD sería su responsabilidad.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección por consumo de alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicas.</p> <p>Si su examen de abuso de alcohol resulta positivo, usted puede recibir 4 sesiones privadas de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o especialista calificado en un centro de atención primaria.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubiertos por Medicare</p>	<p>50% del monto total permitido por cada evaluación y asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el abuso de alcohol al usar su beneficio de POS.</p>

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

<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés)</p> <p>Para personas que califican, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas entre 55 y 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de fumar al menos 30 paquetes al año de tabaco y que actualmente fuman o han dejado de fumar al menos en los últimos 15 años, que reciben una indicación escrita de LDCT durante una visita de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y que sea brindado por un médico o un especialista no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para el examen de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que se puede entregar durante cualquier visita correspondiente con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un especialista no médico calificado opta por brindar una consulta de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer y de toma de decisión compartida por exámenes de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la consulta debe reunir los criterios de Medicare para tales consultas.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que aplique un costo compartido separado si se brindan servicios adicionales</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y la visita de toma de decisiones compartidas ni para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare y LDCT al usar su beneficio de POS.</p>
---	---	---

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en alto riesgo de tener ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales al año, de 20 a 30 minutos de duración, de asesoramiento conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y por el asesoramiento para la prevención de ITS cubierto por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para obtener asesoramiento y exámenes de detección de ITS cubiertos por Medicare para prevenir las ITS al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales, para enseñar los cuidados renales y ayudar a que los socios tomen decisiones informadas sobre su atención. Cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida para los miembros que padezcan enfermedad renal crónica en etapa IV • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación de autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (por ejemplo, si es necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudar en casos de emergencia así como para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) 	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>20% del monto total permitido para servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p>\$370 de copago por día para los días 1-5; copago de \$0 por día para los días 6 y posteriores para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare. Se puede requerir autorización previa.</p> <p>20% del monto total permitido para equipos de diálisis en el hogar y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para los servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare cuando utilice su beneficio de POS.</p> <p>20% del monto total permitido para servicios de diálisis cubiertos por Medicare cuando utiliza su beneficio POS.</p> <p>50% del monto total permitido para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare cuando usa su beneficio de POS.</p> <p>20% del monto total permitido para equipos de diálisis domiciliaria y suministros relacionados cubiertos por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".</p>		

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<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 folleto. Cuidados en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>Cada período de beneficio está limitado hasta 100 días. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su Plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre) • Sangre* - incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por SNF 	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 Copago de \$165 por día para los días 21 a 100 Para los días 101 y posteriores: todos los costos después del día 100 no cuentan para el monto máximo de bolsillo de su plan</p> <p>No se requiere estadía del paciente hospitalizado antes de la admisión.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de sangre cubiertos por Medicare comenzando con la cuarta pinta de sangre que necesita.</p> <p>*Los costos que paga de desembolso personal por las primeras 3 pintas de sangre no cuentan para el monto máximo de desembolso personal de su plan.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para la atención en un SNF cubierta por Medicare cuando usa su beneficio de POS.</p> <p>No se requiere estadía del paciente hospitalizado antes de la admisión.</p> <p>50% del monto total permitido para servicios de sangre cubiertos por Medicare a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite al usar su beneficio de POS.</p> <p>*Los costos que paga de desembolso personal por las primeras 3 pintas de sangre no cuentan para el monto máximo de desembolso personal de su plan.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio que normalmente realizan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología prestados habitualmente por los SNF • Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por los SNF <p>Servicios médicos/especializados En la mayoría de los casos, recibirá la atención del SNF en centros pertenecientes a la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red para una instalación que no sea un proveedor de la red, si la instalación acepta el plan de nuestro plan. importes a pagar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro para personas mayores o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde vive su cónyuge en el momento en que usted sale el hospital 	<p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada.</p> <p>Si ingresa al hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.</p>	<p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando pasa 60 días seguidos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada.</p> <p>Si ingresa al hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Terapia contra el tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o usar tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de los programas para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>	<p>50% del monto total permitido para este servicio preventivo cubierto por Medicare cuando utiliza su beneficio POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés)</p> <p>SET está cubierto para miembros que tienen Enfermedad arterial periférica sintomática (PAD)</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en sesiones que duran 30-60 minutos, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Se debe realizar en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorio o en el consultorio de un médico • Debe estar a cargo de personal auxiliar calificado que cuente con capacitación en la terapia de ejercicios para PAD y que pueda garantizar que los beneficios superan los peligros • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital <p>Se puede brindar cobertura para 36 sesiones adicionales de SET, una vez cumplidas las 36 sesiones adicionales durante un período de 12 semanas, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Copago de \$30 para cada sesión SET cubierta por Medicare.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>50% del monto total permitido para cada visita SET cubierta por Medicare al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios que se necesitan con urgencia</p> <p>Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos.</p> <p>El costo compartido para los servicios que se necesitan con urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios provistos dentro de la red.</p> <p>La atención de urgencia está cubierta en todo el mundo. Consulte "Servicios mundiales de atención de emergencia y urgencia" en esta tabla de beneficios para obtener detalles sobre los beneficios.</p>	<p>Usted paga un copago de \$50 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por la funcionalidad de chat/texto con capacidad opcional de video interactivo con médicos certificado por la junta. Visite nuestro sitio web en yoursummithealth.com/cirrusmd para obtener más detalles.</p> <p>No se aplica el copago por servicios de urgencia si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p>	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Cuidado de la visión (cubierto por Medicare)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • 🍏 Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más y hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año <p>Accesorios médicos para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Post-Catarata: un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). • Otro Equipo médico para la visión: Los equipos médicos para la vista se incluyen en la sección "Dispositivos protésicos y suministros relacionados" de este cuadro de beneficios médicos. 	<p>Usted paga un copago de \$35 por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.</p> <p>Copago de \$0 para un examen anual de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 para un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p>	<p>50% del monto total permitido para cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para un examen anual de glaucoma cubierto por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare al usar su beneficio de POS.</p> <p>50% del monto total permitido para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas al usar su beneficio de POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Cuidado de la visión (cubierto por Medicare) (continuación)</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>		
<p>Cuidado de la vista (Complementario)*</p> <p>Los servicios de rutina para la vista se deben recibir de los proveedores de la red del Plan de Servicios de la Visión (VSP, por sus siglas en inglés) Advantage. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de red VSP Advantage, llame a VSP al 1- 844-820-8723. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>Examen ocular de rutina*</p> <ul style="list-style-type: none"> Un examen ocular de rutina no cubierto por Medicare, que incluye refracción, por año calendario <p>Los servicios de accesorios para la vista de rutina*</p> <p>Los servicios de accesorios para la vista de rutina están cubiertos como se describe a continuación, cada dos años calendario:</p> <p>Los lentes incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes recetados básicos monofocales, bifocales, trifocales y lenticular Lentes progresivos estándar Recubrimientos resistentes a los rayos UV y arañazos <p>Las actualizaciones adicionales no están cubiertas.</p>	<p>Copago de \$0 por un examen de la vista de rutina no cubierto por Medicare, incluida la refracción, por año calendario.</p> <p>Copago de \$0 por un par de anteojos cada dos años.</p> <ul style="list-style-type: none"> un juego de lentes recetados (monofocales, bifocales con revestimiento, trifocales con revestimiento y lenticulares) un conjunto de armazones de la Colección VSP Genesis Eyewear progresivo estándar, recubrimiento resistente a rayos UV y rayaduras (las mejoras adicionales no están cubiertas) 	<p>Los servicios de examen de la vista de rutina no están disponibles fuera de la red. Cualquier servicio recibido de un proveedor fuera de la red VSP Advantage será su responsabilidad.</p> <p>Los servicios de accesorios para la vista de rutina no están disponibles fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Cuidado de la vista (Complementario)* (continuación)</p> <p>Los armazones incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Armazones VSP Genesis Collection <p>Lentes de contacto (en lugar de lentes y armazones) incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales y servicios de lentes de contacto recetados (ajuste y evaluación) <p>*Los costos de desembolso personal por los servicios oftalmológicos de rutina no cuentan para el monto máximo de desembolso personal de su plan.</p>	<p>Si elige armazones fuera de la Colección VSP Genesis Eyewear, tiene una asignación minorista de \$50 para la compra de armazones. Cualquier monto por encima de la asignación será su responsabilidad.</p> <p>Copago de \$0 por un par de lentes de contacto recetados cada dos años, incluye materiales y servicios (ajuste y evaluación)</p> <p>En lugar de anteojos (lentes y armazones), los materiales y servicios de lentes de contacto recetados (ajuste y evaluación) están cubiertos en su totalidad hasta la asignación minorista de \$100 cada dos años calendario. Cualquier monto por encima de la asignación será su responsabilidad.</p>	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p> Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"</p> <p>El plan cubre la visita preventiva por única vez de "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesite (incluye ciertos exámenes de detección y vacunas) y la derivación para recibir atención adicional, si fuera necesario.</p> <p>Un electrocardiograma de rutina (EKG, por sus siglas en inglés) realizado como prueba de detección junto con el examen de "Bienvenido a Medicare" se proporciona sin coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Consulte "Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos" en esta Tabla de beneficios médicos para los electrocardiogramas realizados fuera de los exámenes de "Bienvenido a Medicare".</p> <p>Importante: cubrimos la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".</p> <p>Tenga en cuenta: es posible que se aplique un costo compartido por separado si se brindan servicios adicionales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".</p>	<p>50% del monto total permitido para una visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" al usar su beneficio POS.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
<p>Servicios mundiales de emergencia y atención urgente</p> <p>Su plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo. Esto se define como atención de emergencia, urgente y de posestabilización recibida fuera de los Estados Unidos. "Fuera de los Estados Unidos" significa en cualquier otro lugar que no sean los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, los Estados Unidos Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana e Islas Marianas del Norte. Los cruceros se consideran fuera de los Estados Unidos.</p> <p>La cobertura se limita a los servicios que se clasificarían como atención de emergencia, de urgencia o de posestabilización si los servicios se hubieran brindado en los Estados Unidos.</p> <p>Los servicios de evacuación y repatriación no están cubiertos. La admisión hospitalaria no renunciar al costo compartido de los servicios de atención de emergencia o de urgencia.</p> <p>Los medicamentos recetados de la Parte D comprados en una farmacia minorista fuera de los Estados Unidos no son un beneficio cubierto.</p>		<p>Copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias en todo el mundo.</p> <p>Copago de \$50 para cada visita de atención de urgencia en todo el mundo.</p>

Sección 2.2**Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar**

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

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

Summit Health Extra Care combina los servicios que puede necesitar ocasionalmente que no están cubiertos por su plan Summit Health Medicare Advantage, como servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura y terapias alternativas (servicios naturopáticos). Summit Health Extra Care pagará el 50% de los cargos facturados por los servicios que se enumeran a continuación, hasta el máximo anual de \$500. El máximo anual se aplica al costo combinado de los servicios de Summit Health Extra Care prestados durante el año, no a cada servicio individual.

Estos servicios deben ser recibidos de proveedores con licencia o certificación, según corresponda, en el estado en el que ejercen y están proporcionando servicios dentro del alcance de la práctica definida por su estado de licencia o certificación.

BENEFICIO OPCIONAL	PRIMA	COSEGURO
Servicios quiroprácticos de rutina		50% del costo de los servicios
Acupuntura		50% del costo de los servicios
Terapias alternativas (servicios naturopáticos)		50% del costo de los servicios
Máximo anual combinado para todos los servicios	\$5 mensuales	Beneficio anual de \$500

Puede inscribirse en Summit Health Extra Care cuando se inscribe en un plan Summit Health Medicare Advantage, o tiene hasta 90 días después de la fecha de vigencia de su inscripción para decidir si desea inscribirse en Summit Health Extra Care. También puede inscribirse en Summit Health Extra Care durante el período de elección del plan anual, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si desea inscribirse. Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, siete días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y feriados). Tendrá que pagar una prima mensual adicional de \$5 mensuales junto con su prima de la Parte B y la prima del plan Summit Health Medicare Advantage.

Puede cancelar su inscripción en Summit Health Extra Care en cualquier momento o al momento de cancelar su inscripción en el plan Summit Health Medicare Advantage. Para solicitar la cancelación de Summit Health Extra Care, debe indicar que desea cancelar su inscripción por escrito y enviarla por correo a Summit Health Medicare Advantage Plan, Attn: Medicare Membership Accounting, PO Box 820070, Portland OR 97282, o puede enviar su solicitud por fax a 1-833-949-1891 Atención: contabilidad de membresía de Medicare. Cuando se reciba su solicitud completa, se cancelará su inscripción el primer día del mes siguiente al mes en que se reciba su solicitud completa. Una vez que se da de baja de Summit Health Extra Care, debe esperar hasta el próximo período de inscripción anual para volver a inscribirse. No puede retener la cobertura de Summit Health Extra Care una vez que cancele su inscripción en el plan Summit Health Medicare Advantage. Se emitirá un reembolso por el sobrepago de la prima tras la confirmación de la cancelación de la inscripción.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

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

La tabla a continuación enumera servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia o están cubiertos solo bajo circunstancias específicas.

Si usted adquiere servicios que están excluidos (que no están cubiertos), deberá pagar por ellos. No pagaremos los servicios médicos excluidos enumerados en la tabla que aparece abajo, excepto en las circunstancias específicas establecidas. La única excepción: pagaremos si al presentarse una apelación se determina que un servicio que figura en la tabla a continuación es un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a una circunstancia específica. (Para obtener información sobre la forma de apelar una decisión que hemos tomado referida a la no cobertura de un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9 en el presente folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en la Tabla de beneficios médicos o en el cuadro a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una instalación de emergencia, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare Original.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Medicare Original establecen que no son aceptados en forma general por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
*La atención supervisada es la atención que se brinda en un centro para personas mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios de ama de casa incluyen la asistencia básica en el hogar, con las tareas domésticas o la preparación de comidas ligeras.	✓	
Impuesto de venta	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
<p>Honorarios cobrados por el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p> <p>Medicare considera que los siguientes son parientes inmediatos/miembros del hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge • Padre, hijo y hermanos naturales o adoptivos • Padrastro, hijastro y hermanastros • Suegro, suegra, yerno, nuera, cuñado y cuñada • Abuelo y nieto • Cónyuge de abuelo y nieto 	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una malformación de un miembro del cuerpo. • Cobertura de todas las etapas de la reconstrucción mamaria después de una mastectomía, inclusive para la mama no afectada para producir un aspecto simétrico.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p> <p>La atención quiropráctica de rutina está disponible bajo el plan de beneficios complementarios opcionales, Summit Health Extra Care, por una prima adicional.</p>
Atención podológica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se brinda alguna cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).</p> <p>Los servicios adicionales de podología de rutina están cubiertos como se describe en la Sección 2.1 (<i>Tabla de beneficios médicos</i>) bajo "Servicios de podología" para ciertas afecciones crónicas.</p>
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes, ortodoncia o dentaduras postizas.		Cubierto solo como se describe en la Sección 2.1 (<i>Tabla de beneficios médicos</i>)
Cuidado dental que no es de rutina.		La atención dental requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Comidas a domicilio	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies (incluidas plantillas ortopédicas a medida para zapatos no personalizados a medida).		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.</p>
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para vista deficiente.	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La acupuntura para el dolor lumbar crónico está cubierta.</p> <p>Los servicios de acupuntura de rutina están disponibles bajo el plan de beneficios complementarios opcionales, Moda Health Extra Care, por una prima adicional.</p>
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Disponible bajo el plan de beneficios complementario opcional, Summit Health Extra Care, por una prima adicional.</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Todos los demás servicios asociados con el transporte y alojamiento para un trasplante.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Solo los servicios enumerados específicamente en la sección de Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados de la Tabla de beneficios en la Sección 2.1 anterior.</p>
Atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total del servicio que recibió.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Solo atención de emergencia.</p>
Tratamiento o asesoramiento en ausencia de enfermedad, incluido el asesoramiento matrimonial.	✓	
Programas de enriquecimiento psicológico o de autoayuda para personas mentalmente sanas.	✓	
Audífonos y visitas de proveedores a audífonos de servicio (excepto como se describe específicamente en la Tabla de beneficios médicos), moldes para los oídos, accesorios para audífonos, tarifas de devolución, tarifas de reclamo de garantía y baterías para audífonos (más de las 48 baterías gratis por audífono que se haya comprado).	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Modificaciones de el hogar	✓	
Servicios de refracción asociados con exámenes de la vista que no son de rutina (médicos).	✓	

*El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere el servicio continuo del personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

Limitaciones y exclusiones adicionales de la vista

Este plan está diseñado para cubrir necesidades visuales, en lugar de artículos cosméticos. Las siguientes limitaciones y exclusiones también se aplican al **Beneficio de visión complementaria**.

- Servicios y/o materiales no indicados en este programa como beneficios cubiertos del plan.
- Lentes planos (lentes con corrección refractiva de menos de $\pm .50$ dioptrías).
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Reemplazo de lentes y armazones provistos bajo este plan que se pierden o se rompen, excepto en los intervalos normales cuando los servicios están disponibles de otra manera.
- Ortóptica o entrenamiento de la vista y cualquier prueba complementaria asociada.
- Reemplazo de lentes de contacto perdidos o dañados, excepto en los intervalos normales cuando los servicios están disponibles de otra manera.
- Pólizas de seguro de lentes de contacto o acuerdos de servicio.
- Reajuste de lentes de contacto después del período de adaptación inicial (90 días).
- Modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto.

CAPÍTULO 5

*Usar la cobertura del plan para
sus medicamentos que requieren
receta médica de la Parte D*

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	142
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D	142
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D del plan	143
SECCIÓN 2	Surta su receta médica en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	143
Sección 2.1	Para tener cubierta su receta médica, use una farmacia de la red.....	143
Sección 2.2	Cómo encontrar las farmacias de la red	144
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan.....	145
Sección 2.4	¿Cómo puede recibir un suministro de medicamentos a largo plazo?	145
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no se encuentra en la red del plan?	146
SECCIÓN 3	Sus medicamentos recetados deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	147
Sección 3.1	La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	147
Sección 3.2	Existen seis "niveles de costo compartido" para medicamentos en la Lista de medicamentos	148
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	148
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	149
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	149
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?.....	149
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	150
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?	151
Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea	151
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si posee algún tipo de restricción?.....	152
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted considera que es demasiado alto?	154

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

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	154
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.	154
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura de un medicamento que está tomando cambia?.....	155
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	157
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	157
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta médica	158
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	158
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía?	159
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	159
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estancia cubierta por el plan?	159
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?	159
Sección 9.3	¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos por el plan de un empleador o grupo de jubilados?.....	160
Sección 9.4	¿Qué hacer si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?	161
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de medicamentos	161
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura.....	161
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opiáceos de manera segura.....	162
Sección 10.3	Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos	163

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



¿Sabía usted que existen programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?

El programa de "Ayuda extra" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información en este folleto de *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* que no se aplique a su caso.** Le enviamos un inserto por separado, llamado "Evidencia de la cláusula de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también conocido como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional de LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicio al cliente y solicite la "cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D**

Este capítulo **explica las reglas para el uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le informa lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que se le administran en un centro de diálisis. Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué debe pagar*) le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y con condiciones relacionadas y, 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 es residente de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?*)? Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos y la Parte C, consulte la sección de hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y qué debe pagar*).

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D del plan. Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original*.

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

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D del plan

En general, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (médico, dentista u otro profesional) que expida la receta médica.
- El profesional que expide sus recetas médicas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para expedir recetas médicas, o se denegará su reclamo de la Parte D. Debe consultar en la próxima visita a los profesionales que expiden las recetas médicas si cumplen con esta condición. Caso contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que expide la receta médica presente los documentos necesarios para su procesamiento.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (la llamaremos "Lista de medicamentos" para abreviar). (Ver Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos del plan"*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por cierta documentación de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para tener cubierta su receta médica, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solamente* si se surten en las farmacias de la red de la cobertura. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para suministrar sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

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

Sección 2.2 Cómo encontrar las farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.yoursummithealth.com) o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita una reposición de un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor emita una nueva receta o que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando deja la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede solicitar ayuda de Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, un centro de LTC (como un centro para personas mayores) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al cliente.
- Farmacias que prestan servicios para Servicios de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud Indígena Urbano (no se encuentra disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: este caso no debería ser muy frecuente).

Para localizar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

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

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

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

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a la red del plan, es posible que su receta no esté cubierta.

Por lo general, recibirá el pedido de la farmacia de pedido por correo en no más de 14 días. Si su pedido se retrasa, llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

La farmacia recibe las nuevas recetas médicas directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia recibe una receta médica de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para ver si desea que le surtan el medicamento recetado de inmediato o más adelante. Ello le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la formulación) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de la facturación y el envío. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte a fin de que sepan qué hacer con la nueva receta médica e impedir demoras en el envío.

Reabastecimiento de las recetas médicas de pedido por correo. Para obtener reposiciones de sus medicamentos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acaben los medicamentos que tiene disponibles para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores formas de contactarle. Póngase en contacto con su farmacia de pedidos por correo y bríndeles la información más actualizada y el método de contacto preferido (por ejemplo, por teléfono o por correo electrónico). Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (que también se denomina "suministro prolongado") de medicamentos de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos recetados que toma regularmente para una afección médica crónica o de largo plazo). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acudir a una farmacia minorista.

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

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
2. Puede usar los servicios de pedido **por correo de la red del plan**. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

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

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación, se presentan las circunstancias en las que cubriríamos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Recetas relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia.
- Una farmacia de la red no se encuentra a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas.
- No puede surtir una receta que no se almacena regularmente en una farmacia minorista o de pedidos por correo dentro de la red (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).
- Está viajando fuera del área de servicio de su plan y se queda sin o pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.

Nota: las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en las situaciones enumeradas anteriormente se limitan a un 30 -abastecimiento diario.

En estos casos, **por favor consulte primero con Servicio al Cliente** para determinar si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo se solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 de qué manera solicitar el reembolso al plan).

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

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

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

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

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

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica acerca de los medicamentos recetados de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando cumpla con el resto de las reglas de cobertura explicadas en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que cumple con cualquiera de los siguientes *requisitos*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para que sea utilizado en el diagnóstico o afección para la que se receta).
- - o - respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del servicio de formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos genéricos como de marca

Un medicamento genérico es un medicamento que requiere una receta médica que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. En general, funciona tan bien como el medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 3.2 Existen seis "niveles de costo compartido" para medicamentos en la Lista de medicamentos**

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de seis niveles de costos compartidos. Por lo general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo de su medicamento:

- El nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos y es el nivel de costo más bajo.
- El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos.
- El nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos.
- El nivel 5 incluye medicamentos especializados y es el nivel con los medicamentos de mayor costo.
- El Nivel 6 incluye vacunas de la Parte D y no tiene costo compartido para los miembros.

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

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

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio web del plan (www.yoursummithealth.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

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

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen de qué forma y cuándo son cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos para que la cobertura de sus medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras reglas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo tenga la misma efectividad médica que un medicamento más caro, las reglas del Plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor se decidan por la opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre la forma de solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg; una vez al día comparado con dos por día; tableta comparado con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restringir los medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

En general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no será eficaz para usted o ha escrito "No hay sustituciones" en

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

su receta para un medicamento de marca o nos ha informado la razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección será eficaz para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se denomina "**autorización previa**". A veces, el requisito de obtener la aprobación previa ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Trate de usar primero un medicamento distinto

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente 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 médica, el Plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito que consiste en probar primero con un medicamento distinto se llama "**terapia escalonada**".

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede obtener limitando la cantidad que puede obtener de un medicamento recetado cada vez que lo surte. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta médica a no más de una pastilla por día.

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.yoursummithealth.com).

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicio al Cliente para saber qué debería hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que anulemos una restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre la forma de solicitar excepciones).

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

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

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea
--

Esperamos que le sirva su cobertura de medicamentos. Pero es posible que pueda haber un medicamento con receta médica que esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor consideren que debería tomar, que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, es posible que se le pida que primero use un medicamento diferente, para determinar si es efectivo, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O pueden existir límites sobre la cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etc.) que se cubre durante un periodo en particular. En algunos casos, es posible que desee que anulemos una restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de seis diferentes niveles de costo compartido. Los que usted paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desea. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si posee algún tipo de restricción?**

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, a continuación, se detallan los pasos que puede seguir:

- Es posible que pueda adquirir un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden adquirir un suministro temporal). Esto permitirá que tanto usted como su proveedor tengan tiempo de elegir otro medicamento o de presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Esto le brinda tiempo para consultar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

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

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- o - el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (La Sección 4 de este capítulo trata sobre las restricciones).

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

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

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un máximo de una 30 suministro diario de medicación. 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 pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicios).

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

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta médica indica que es por menos días. Esto es aparte de la situación de suministro temporal mencionada anteriormente.

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y tienen un cambio en el nivel de atención, como ir a un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de hasta 31 días o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro de transición de atención a largo plazo anterior.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede elegir otro medicamento

En primer lugar, hable con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento de la forma que usted lo desea. Si su proveedor afirma que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4. que indica qué se debe hacer. Explica los procedimientos y los plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

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

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que considera que es demasiado alto, aquí hay algunas cosas que puede hacer:

Puede elegir otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera que es demasiado alto, comience por hablar con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que sea igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento de manera que usted pague menos por él. Si su proveedor afirma que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4. que indica qué se debe hacer. Explica los procedimientos y los plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.

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

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Pueden aparecer nuevos medicamentos disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Puede suceder que el gobierno apruebe un nuevo uso de un medicamento existente. En ocasiones, se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O bien, podríamos retirar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
- **Transferir un medicamento a un nivel de costos compartidos mayor o menor.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le explicamos en que momento recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

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

Cambios que pueden afectarlo este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año en curso:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos)**
 - Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o con las mismas restricciones o con menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas.

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

- Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
- Usted u otro profesional que expide la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
- Si toma el medicamento recetado de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento recetado de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se descubre que no es seguro o se retira del mercado por otro motivo. En este caso, eliminaremos inmediatamente el medicamento recetado de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.
 - El profesional que emite la receta médica también estará al tanto de este cambio y puede hablar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos recetados en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que realicemos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o darle una notificación del cambio y hasta un reabastecimiento por 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Luego de que reciba el aviso de modificación, usted debe coordinar con el profesional que proporciona la receta médica para cambiarse a un medicamento diferente que cubramos.
 - O, usted u otro profesional que expide la receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, queja)*).

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

Cambios a los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si establecemos una nueva restricción sobre su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce cualquiera de estos cambios en algún medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace un medicamento recetado de marca u otro cambio que se indique en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como costos compartidos hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento. No recibirá notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

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

Si usted adquiere medicamentos que están excluidos, deberá pagar por ellos. No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción es: si se determina mediante una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 en este folleto).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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

- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso aceptado para otros propósitos. El "uso sin marca" es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - En general, la cobertura para el "uso sin marca" se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y el Sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su "uso sin marca".

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

- Medicamentos que no requieren receta médica (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de síntomas del resfriado o tos
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales que requieren receta médica, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante quiere que además se contraten pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos que requieren receta médica que normalmente un plan de medicamentos de Medicare no cubre. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía
--

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo de los medicamentos que necesitan receta médica cubiertos. Usted tendrá que pagarle a la farmacia *su* parte del costo al recoger su receta.

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

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía?

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía al surtir su receta médica, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

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

Si usted es ingresado a un hospital o un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que sea dado de alta del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

Tenga en cuenta: cuando ingresa, vive o deja un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cancelación de su membresía en el plan*, le informa cuándo puede dejar nuestro plan y unirse a un plan de Medicare diferente).

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

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

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

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

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

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 31 días, o menos si en su receta se establece que es por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicios). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si en su receta se establecen menos días.

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted desea. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4.

Sección 9.3	¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos por el plan de un empleador o grupo de jubilados?
--------------------	---

¿Cuenta actualmente con otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? Si es así, por favor comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella pueden ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

Por lo general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que recibe de nosotros será *secundaria* respecto a la cobertura de su empleador o cobertura grupal de jubilados. Eso significa que su cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre la 'cobertura acreditable':

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es "acreditable" y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es "**acreditable**", significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estos avisos sobre cobertura acreditable porque puede necesitarlos en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable.

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

Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan grupal del empleador o grupo de jubilados, puede solicitar una copia al administrador de beneficios del plan del empleador o grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca son cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra la ansiedad, analgésicos y esos medicamentos no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide la receta médica o del proveedor del centro de cuidados paliativos antes de que nuestro plan cubra el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería estar cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que receta que se asegure de que tengamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

En caso de que su centro de cuidados paliativos revoque o lo retire del centro de cuidados paliativos nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir algún retraso en la farmacia cuando el beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare culmine, debería traer la documentación a la farmacia para verificar que ha sido retirado del centro de cuidados paliativos. Consulte las partes previas de esta sección que incluyen información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D. Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones del uso de los medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores en los medicamentos

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

- Medicamentos que podrían no ser necesarios debido a que está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si los toman al mismo tiempo
- Recetas médicas emitidas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opiáceos

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, nos pondremos en contacto con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opiáceos de manera segura
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos su uso de opioides recetados o benzodiacepina los medicamentos no son seguros, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas para opioides o benzodiacepina medicamentos de ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas para opioides o benzodiacepina medicamentos de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si creemos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explica las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y sobre cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a solicitar una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos

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

denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestra cobertura. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, si está recibiendo cuidados para enfermos terminales, cuidados paliativos o cuidados al final de su vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos
---------------------	---

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama de Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar con ellos sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y los de venta libre. Usted obtendrá un resumen escrito de esa discusión. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda la mejor manera de tomarlos, con espacios para sus notas y para escribir cualquier pregunta. También obtendrá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Recomendamos que realice la revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de "bienestar" para que pueda hablar con su médico sobre el Plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve con usted su plan de acción y la lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que acuda al hospital o la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifiquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Lo que paga por sus
medicamentos que requieren
receta médica de la Parte D*

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	167
Sección 1.1	Use este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos	167
Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso personal que posiblemente pague por sus medicamentos cubiertos	168
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento recetado depende de en qué "etapa de pago por medicamento" se encuentra al recibirlo	168
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)?	168
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	170
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual denominado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EDB de la Parte D").....	170
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos	170
SECCIÓN 4	Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.....	172
Sección 4.1	Permanece en la Etapa deducible hasta que haya pagado \$230 para tu Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 drogas.....	172
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya	172
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su receta	172
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento	173
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes	175
Sección 5.4	Cuadro que muestra sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento	176
Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen \$4,130	177

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6	En la etapa de brecha entre cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos por los medicamentos genéricos	178
Sección 6.1	Permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que sus costos de desembolso personal alcancen \$6,550.....	178
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos de desembolso por los medicamentos que requieren receta médica	178
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos	180
Sección 7.1	Cuando esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año	180
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba.....	181
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de administración.....	181
Sección 8.2	Le recomendamos que llame a Servicio al cliente antes de recibir una vacuna.....	183

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

**¿Sabía usted que existen programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?**

El programa de "Ayuda extra" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente asistencia económica para la compra de sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información en este folleto de *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* que no se aplique a su caso.** Le enviamos un inserto por separado, llamado "Evidencia de la cláusula de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también conocido como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional de LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicio al Cliente y solicite la "cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para facilitar su consulta, usamos la palabra "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D: algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y la ley excluye otros medicamentos de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información sobre el pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde debe surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación, se presentan los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan.** Para facilitar su consulta, a esta lista la denominamos "Lista de medicamentos".
 - Esta Lista de medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - También dice cuál de los seis "Niveles de costo compartido" en que se encuentra el medicamento y si existen restricciones en su cobertura para el medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también establece qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe adquirir sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el capítulo 5 para más detalles). El *Directorio de farmacias* contiene una lista de farmacias de la red del plan. También le indica en qué farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (como, por ejemplo, adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2	Tipos de costos de desembolso personal que posiblemente pague por sus medicamentos cubiertos
--------------------	---

Para entender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina "costo compartido" y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El "**deducible**" es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- "**Copago**" significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- "**Coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento recetado depende de en qué "etapa de pago por medicamento" se encuentra al recibirlo
------------------	--

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)?
--------------------	---

Como se muestra en la tabla a continuación, existen "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados bajo Summit Health Standard + Rx (HMO-POS). El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento en que surta o surta nuevamente una receta. Tenga en cuenta que siempre es responsable de pagar la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 1 <i>Etapa del deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de brecha de cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.</p> <p>Se queda en esta etapa hasta que haya pagado \$230 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 (\$230 es la cantidad de su deducible del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5).</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6 y usted paga su parte del costo.</p> <p>Después de que usted (u otros en su nombre) hayan alcanzado su deducible del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus "costos totales de medicamentos" anuales hasta la fecha (sus pagos más los pagos de cualquier plan de la Parte D) lleguen a un total de \$4,130.</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (además de una parte de la tarifa por expendio) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta el año en curso. "Costos de bolsillo" (sus pagos) alcanzan un total de \$6,550. Este monto y las reglas para calcular los costos para llegar a este monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Hay más detalles en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre del 2021).</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EDB 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 recetas médicas o las reposiciones en la farmacia. De esta manera, podemos informarle si ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos a los que les hacemos seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina "**costos de desembolso personal**".
- Llevamos un registro de sus "**costos totales de medicamentos**". Este es el monto de desembolso que usted paga o que otras personas pagan en su nombre más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (en ocasiones, se denomina "EDB de la Parte D") cuando usted haya surtido una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior. La Parte D de EOB proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. Este informe incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas médicas ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas en su nombre pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información "acumulada del año". Allí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos recetados desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamo de recetas.
- **Prescripciones alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con un gasto compartido más bajo para cada reclamo de recetas que pueda estar disponible.

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

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realizó por ellos, utilizamos los registros que nos facilitan las farmacias. A continuación, le mostramos de qué forma puede ayudarnos a que su información esté actualizada y sea correcta:

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de estar informados sobre las recetas que surte y lo que paga, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones es posible que pague por medicamentos que necesitan receta médica donde no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de desembolso, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones de cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). A continuación, se incluyen algunos tipos de situaciones en las que es recomendable que nos entregue copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en ellos:
 - Cuando adquiere 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 realizó un copago por medicamentos provistos por un programa de asistencia para el paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso y lo ayudan a calificar para una cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de desembolso personal. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando recibe una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una "EDB de la Parte D") por correo, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Si se registró para recibir notificaciones por correo electrónico de que su EOB de la Parte D está disponible, deberá verificar su cuenta del Panel de miembros. Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus costos por medicamentos.

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

Sección 4.1 Permanece en la Etapa deducible hasta que haya pagado \$230 para tu Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 drogas
--

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de \$230 en Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 Drogas **Debe pagar el costo total de los medicamentos** del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el monto deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Su "**costo total**", por lo general, es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El "**deducible**" es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$230 para su Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 medicamentos, abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus 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

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

- El nivel 1 incluye medicamentos genéricos preferidos y es el nivel de costo más bajo.
- El nivel 2 incluye medicamentos genéricos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos.
- El nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos.
- El nivel 5 incluye medicamentos especializados y es el nivel con los medicamentos de mayor costo.
- El Nivel 6 incluye vacunas de la Parte D y no tiene costo compartido para los miembros.

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

Sus opciones de farmacias

El monto que paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtenga:

- Una farmacia de venta minorista que está en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

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

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

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

- **"Copago"** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta médica.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento. Por favor, tenga en cuenta que:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted pagará *ya sea* el precio completo del medicamento *o* bien el monto del copago, *el menor de ambos*.
- Nosotros cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

	Costo compartido estándar minorista (dentro-de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$4 por receta	Copago de \$4 por receta	Copago de \$4 por receta	Copago de \$4 por receta
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricas)	Copago de \$15 por receta	Copago de \$15 por receta	Copago de \$15 por receta	Copago de \$15 por receta
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47 por receta	Copago de \$47 por receta	Copago de \$47 por receta	Copago de \$47 por receta
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$100 por receta	Copago de \$100 por receta	Copago de \$100 por receta	Copago de \$100 por receta
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados)	29% del costo total por receta	29% del costo total por receta	29% del costo total por receta	29% del costo total por receta
Nivel 6 de costo compartido (vacunas)	Copago de \$0 por receta	Copago de \$0 por receta	Copago de \$0 por receta	Copago de \$0 por receta

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Puede haber ocasiones en que le pedirá a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, no tendrá que pagar por el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

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

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de que tenga que pagar el suministro de un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que dispense, un suministro de medicamentos o medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas y así haga menos viajes a la farmacia. El monto que pague dependerá del suministro de días que reciba.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.4 Cuadro que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento**

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro prolongado") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga al obtener un suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 90 días).

- Tenga en cuenta que: si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted pagará *ya sea* el precio completo del medicamento *o* bien el monto del copago, *el menor de ambos*.

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

	Costo compartido estándar minorista (dentro- de la red) (Hasta un 90 suministro diario)	Costo compartido de pedidos por correo (Hasta un 90 suministro diario)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$12 por receta	Copago de \$12 por receta
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de \$45 por receta	Copago de \$45 por receta
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$141 por receta	Copago de \$141 por receta
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$300 por receta	Copago de \$300 por receta
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5.	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

	Costo compartido estándar minorista (dentro- de la red) (Hasta un 90 suministro diario)	Costo compartido de pedidos por correo (Hasta un 90 suministro diario)
Nivel 6 de costo compartido (vacunas)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 6.	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 6.

Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen \$4,130
--------------------	---

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido y resurtido alcance el **límite de \$4,130 para la etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se calcula sumando lo que usted pagó y lo que cualquier plan de la Parte D pagó:

- **El monto que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde la primera compra de medicamentos que realizó en el año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso). Esto incluye lo siguiente:
 - Los \$230 que pagó cuando estaba en la Etapa de deducible.
 - El total que pagó por concepto de su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **El monto que el plan pagó** como su parte del costo que le corresponde de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2021, la cantidad que ese plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para los costos totales de sus medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EDB de la Parte D) (Parte D EOB) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted y el plan, así como cualquier tercera persona, han gastado en sus medicamentos a lo largo del año. Mucha gente no llega al límite de \$4,130 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$4,130. Si alcanza este monto, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de brecha entre cobertura.

SECCIÓN 6 En la etapa de brecha entre cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos por los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que sus costos de desembolso personal alcancen \$6,550

Cuando usted está en la Etapa de brecha de cobertura, el Programa de descuento de la brecha de cobertura de Medicare proporciona descuentos de los fabricantes en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa por expendio de los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante se contarán para sus costos de desembolso personal como si usted los hubiera pagado y se tomarán en cuenta para la brecha entre cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no cuenta para los costos que desembolsa. Solo el monto que usted paga se tomará en cuenta y lo ayudará a pasar por la brecha entre cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por medicamentos de marca y no más del 25% de los costos por medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En 2021, ese monto es de \$6,550.

Medicare establece normas sobre lo que se consideran costos de desembolso personal y lo que *no*. Cuando alcanza un límite de desembolso personal de \$6,550, abandona la etapa de Etapa de brecha de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos de desembolso por los medicamentos que requieren receta médica

A continuación, se presentan las reglas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos el registro de los costos de desembolso para sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso personal

Al sumar sus costos de desembolso, **usted puede incluir** los pagos que se detallan a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya cumplido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa deducible

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- La etapa de cobertura inicial
- La etapa de brecha entre cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

Es importante determinar quién paga:

- Si es **usted mismo** quien efectúa estos pagos, se tomarán en cuenta para sus costos de desembolso personal.
- Estos pagos *también están incluidos* si **ciertas personas u organizaciones efectúan los pagos en su nombre**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuento de la brecha entre cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$6,550 en costos de desembolso personal dentro del año calendario, pasará de la Etapa de brecha de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de desembolso

Al sumar sus costos de desembolso personal, **no se le permite incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos para medicamentos recetados:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D por Medicare.
- Los pagos que realiza por medicamentos que requieren receta médica que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan por los medicamentos de marca o medicamentos genéricos mientras usted se encuentra en la etapa de brecha entre cobertura.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Los pagos por sus medicamentos realizados por los planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos que requieren recta médica (por ejemplo, indemnización por un accidente laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso personal por los medicamentos, usted debe informárselo a nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede hacer el seguimiento del total de los costos de desembolso personal?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EDB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso personal (la Sección 3 de este capítulo describe este informe). Cuando alcanza un total de \$6,550 en los costos de desembolso personal del año, este informe le indicará que ha dejado el Etapa de brecha de cobertura y han pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 explica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Cuando esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso personal han alcanzado el límite de \$6,550 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** de los costos de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que fuese *mayor*:
 - *– ya sea* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - *–o–* \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.20 por todos los demás medicamentos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Nuestro plan paga el resto** de los costos.

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

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

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- **La primera parte de la cobertura es el costo de medicamento de la vacuna en sí.**
La vacuna es un medicamento recetado.
- **La segunda parte de la cobertura es por el costo de administrarle la vacuna.**
(A veces, se denomina la "administración" de la vacuna).

¿Qué debe pagar usted por una vacuna de la Parte D?

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

- 1. El tipo de vacuna** (la enfermedad contra la que se inmuniza).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos recetados de la Parte D. Usted puede encontrar la lista de estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.
- 2. ¿Dónde obtiene la medicación de la vacuna?**
- 3. ¿Quién le aplica la vacuna?**

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando a usted se le debe administrar una vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y de su administración. Puede solicitar a nuestro plan un reembolso por la parte que nos corresponde del costo.
- En otras ocasiones, cuando obtiene el medicamento de la vacuna o se le administra la vacuna, pagará solo su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona este mecanismo, a continuación, presentamos tres formas comunes en que puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de pagar todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de brecha de cobertura de su beneficio.

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

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, podrá solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos*).
- Se le reembolsará el monto pagado, menos su copago normal por la vacuna (incluida su administración), y cualquier diferencia entre el monto que el médico cobre y lo que pagamos normalmente. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

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 administran.

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, podrá solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrar la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobre y lo que pagaríamos normalmente. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2	Le recomendamos que llame a Servicio al cliente antes de recibir una vacuna
--------------------	--

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que nos llame primero a Servicio al Cliente cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre la vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo para mantener sus costos bajos si usa proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que paguemos
la parte que nos corresponde de
una factura que ha recibido por
concepto de servicios médicos
o medicamentos cubiertos*

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

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	186
Sección 1.1	Si paga el costo de la parte que nos corresponde por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	186
SECCIÓN 2	Cómo puede solicitarnos el reembolso o pago de una factura que recibió	189
Sección 2.1	Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago	189
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos	190
Sección 3.1	Verificaremos para determinar si debemos cubrir el servicio o medicamento y el monto que adeudamos.....	190
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte del servicio médico o medicamento, usted puede presentar una apelación.....	190
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que deberá guardar sus recibos y enviarnos copias	191
Sección 4.1	En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso personal por los medicamentos.....	191

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si paga el costo de la parte que nos corresponde por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago**

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otras oportunidades, es posible que se dé cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba de acuerdo con las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse (a menudo, el reembolso se denomina "reembolso"). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más de su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También es probable que, a veces, reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, usted debe enviarnos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura para determinar si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos al proveedor directamente.

A continuación, presentamos ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o el pago de una factura que haya recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o atención que se necesitan con urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo, pero no el costo total. Debe pedirle al proveedor que envíe la factura al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- A veces, puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

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

- Solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando obtenga servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo que llamamos "facturación del saldo". Esta protección (que consiste en que nunca deberá pagar más de su monto de los costos compartidos del plan) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no le pagamos ciertos cargos al proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación del saldo", consulte el Capítulo 4, Sección 1.3.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero a su criterio ha pagado demasiado, envíenos la factura junto a la documentación de todos los pagos realizados y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debe según el plan.

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción incluso puede haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestra cobertura y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para que administremos el reembolso.

Llame a Servicio al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. En este caso, deberá pagar el costo total de su receta. (Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan; o bien podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no considere que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia del mismo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

7. Si está fuera del país y necesita atención urgente o de emergencia

- Cuando reciba atención de emergencia/urgente fuera del país, deberá pagar la factura y solicitar una factura detallada por sus servicios. Cuando nos solicite que le hagamos un reembolso, envíe un estado de cuenta detallado que muestre los cargos por los servicios que recibió y su comprobante de pago por esos cargos junto con una nota que describa los servicios de atención de emergencia/urgente que recibió.
- Su comprobante de pago puede ser un cheque cancelado o un extracto de tarjeta de crédito que muestre los tipos de cambio de moneda. La declaración de cargos detallada debe coincidir con la cantidad que pagó y solicita a Summit que le reembolse. Solo se le reembolsarán los servicios permitidos de Medicare.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos hacer una copia de su factura y recibos para sus expedientes.

Para asegurarse de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.yoursummithealth.com) o llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).

Envíe su solicitud de pago **Medical** por correo junto con cualquier otra factura o recibo a esta dirección:

Summit Health Plan, Inc.
A la atención de: Reclamos médicos
PO Box 820070
Portland OR 97282

Fax: 1-855-466-7208

Debe enviarnos su reclamo médico dentro de 365 días de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Envíe su solicitud por correo de pago de **farmacia** junto con facturas o recibos a esta dirección:

Reclamos manuales
Attn: Summit Health Plan, Inc. Reclamos de farmacia
PO Box 1039
Appleton, WI 54912-1039

Fax: 1-855-668-8550

Debe enviarnos su reclamo de farmacia dentro de los 60 días de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Si no sabe el monto que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

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

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Verificaremos para determinar si debemos cubrir el servicio o medicamento y el monto que adeudamos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha cumplido con todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si no tiene experiencia en la presentación de una apelación, le será útil comenzar por el Capítulo 9, Sección 4. La Sección 4 es una introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones, e incluye definiciones de términos tales como "apelación". Luego de leer la Sección 4, puede consultar la sección en el capítulo 9 que le indica los pasos a seguir para su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte a el Capítulo 9, Sección 5.3.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5.

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

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

Sección 4.1 En algunos casos, deberá enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de desembolso personal por los medicamentos

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no estará solicitándonos un pago. En su lugar, nos informará qué pagos ha realizado para que podamos calcular correctamente sus costos de desembolso personal. Esto puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación, se presentan dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento por un precio que es menor al nuestro

A veces, cuando se encuentra en la Etapa de deducible, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio inferior al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial por el medicamento. O puede tener una tarjeta de descuento que esté fuera de nuestro beneficio y que ofrezca un precio más bajo.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus costos de desembolso para el cálculo de su calificación para la etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** si se encuentra en la Etapa de deducible, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus costos de desembolso personal y quizás ayudarlo a calificar de forma más rápida para la etapa de cobertura catastrófica.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus costos de desembolso para el cálculo de su calificación para la etapa de cobertura catastrófica.

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

- **Por favor, tenga en cuenta que:** debido a que usted recibe su medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus costos de desembolso personal y quizás ayudarle a calificar de forma más rápida para la etapa de cobertura catastrófica.

Debido a que en los casos descritos anteriormente usted no está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	195
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)	195
Sección 1.2	Debemos garantizarle que reciba un acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	196
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	196
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	197
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	199
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	201
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que lo hemos tratado de forma injusta o no hemos respetado sus derechos?	201
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	202
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan.....	202
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	202

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--

Para recibir nuestra información en la forma que mejor se adapte a usted, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos, disponibles para asistir a miembros que hablan otro idioma distinto al inglés, así como para los que tienen alguna discapacidad.

Si lo requiere, también podemos brindarle información en otros formatos como braille, letra grande u otro formato alternativo sin costo alguno. Tenemos la obligación de brindarle la información acerca de los beneficios del plan en el formato que sea accesible y apropiado para usted. Para recibir nuestra información en la forma que mejor se adapte a usted, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal ante la Unidad de Apelaciones y Quejas de Medicare de Summit Health (consulte la Sección 1 del Capítulo 2). También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta correspondencia o evidencia de cobertura, también puede contactar a Servicio al Cliente (consulte la Sección 1 del Capítulo 2) si desea obtener información adicional.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Summit Health's Medicare Appeal and Grievance Unit (see Chapter 2, Section 1). 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 you may contact Customer Service (see Chapter 2, Section 1) for additional information.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos garantizarle que reciba un acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos**

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) en la red del plan para proporcionar y organizar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame a Servicio al Cliente para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas y servicios cubiertos con sus proveedores en la red del plan *dentro de un tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de parte de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o reabastecer sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin grandes demoras.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 le indica lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su "información personal médica" incluye la información personal que nos entregó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y con el control de la manera en la que se usa su información médica. Le brindamos un aviso por escrito, denominado "Aviso de Prácticas de Privacidad", que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no puedan ver ni cambiar su historial médico.
- En la mayoría de las situaciones, si brindamos su información médica a cualquier persona que no le brinda atención o que pague por ella, primero *debemos obtener primero su permiso por escrito*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a los estatutos y las reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corriamos sus expedientes médicos. Si nos solicita que lo hagamos, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

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

Como miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), tiene derecho a que le enviemos varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluidas las calificaciones de los miembros del Plan y su posición respecto a otros planes de salud de Medicare.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de parte nuestra sobre los antecedentes de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, todas las restricciones que se aplican a ella y qué reglas deben seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, y también la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no están cubiertos, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto como considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le brinda detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los plazos de espera y otras inquietudes).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si desea solicitarle a nuestro plan que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar y usarlos sus medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar de antemano si cualquier tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomiende que no lo haga. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de eso.
- **Para recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le deniega la atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar las decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Completar un formulario escrito para concederle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si algún día pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones** escritas a sus médicos sobre cómo desea que ellos manejen su atención médica si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

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

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

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Es red que desee dar copias a amigos cercanos o familiares también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

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

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Por ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por el hecho de que haya firmado, o no, una instrucción anticipada.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

¿Qué sucede si no se implementan sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no cumplieron con las instrucciones que contiene, puede presentar una queja con Regulación de la atención médica y mejora de la calidad al completar el Formulario de admisión de quejas que se puede encontrar en su sitio web en <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/HEALTHCAREPROVIDERSFACILITIES/HEALTHCAREHEALTHCAREREGULATION/QUALITYIMPROVEMENT/Pages/complaint.aspx> y siga las instrucciones sobre dónde enviarlo que se indican en el formulario. Si tiene preguntas, puede llamar al 1-971-673-0540 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

En el Capítulo 9 de este folleto, se le indica lo que puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Brinda detalles sobre cómo resolver todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que lo hemos tratado de forma injusta o no hemos respetado sus derechos?
--------------------	---

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Es por algún otro motivo?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- **Llame a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos.** Para obtener detalles 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 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

- **Llame a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- Usted puede **llamar a SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Comuníquese con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.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 ciertas responsabilidades como miembro del plan**

Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?
--------------------	---

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Use este folleto de *Evidencia de cobertura* para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben seguir y lo que usted paga.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe informarnos. Llame a Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Se nos exige cumplir con las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utiliza toda su cobertura combinada cuando obtiene los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 10).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.
- Colabore con sus médicos y los demás proveedores al proporcionarles información, hacer preguntas y seguir el tratamiento propuesto.
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención de salud deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que recibe, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para continuar siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos que requieren receta de la Parte D.
 - Si recibe servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
- Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, deberá pagarlo directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 le indica sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos estar al tanto** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo contactarlo.
 - Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicio al cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, 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)**

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	209
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud	209
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?	209
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros	210
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	210
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para abordar su problema?	211
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?	211
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES		212
SECCIÓN 4	Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones	212
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: consideraciones generales	212
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	213
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles de su situación?	214
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	214
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.....	215
Sección 5.2	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea) 216	
Sección 5.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	220
Sección 5.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2	223
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?	226

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

SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	227
Sección 6.1	Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	227
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	229
Sección 6.3	Datos importantes que debe saber para solicitar excepciones.....	231
Sección 6.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	232
Sección 6.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	236
Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	239
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto.....	241
Sección 7.1	Durante su estancia hospitalaria, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos	242
Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	243
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	246
Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?	248
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto.....	251
Sección 8.1	<i>Esta sección trata únicamente de tres servicios: Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)</i>	<i>251</i>
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.....	252
Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitar que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	252
Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por más tiempo.....	255
Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?	256

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

SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y o un nivel superior.....	259
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	259
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	261
PRESENTACIÓN DE QUEJAS	262	
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	262
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de presentación de quejas?	262
Sección 10.2	El nombre completo para "presentar una queja" es "presentar un reclamo"	264
Sección 10.3	Paso a paso: cómo presentar una queja	265
Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	267
Sección 10.5	También puede presentar su queja ante Medicare.....	268

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

¿Qué proceso debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto para usar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice "presentar una queja" en lugar de "presentar 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 abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando esté abordando su problema y obtenga la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales cada vez que describimos los detalles para manejar situaciones específicas.

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

**SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones
gubernamentales que no están relacionadas
con nosotros**

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

A veces, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera recibir ayuda u orientación de alguien que no está relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Este programa gubernamental cuenta con 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 pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se presentan dos formas 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 (www.medicare.gov).

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

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

Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación le resultará de utilidad.

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específicos, **EMPIECE AQUÍ**

¿El problema o inquietud están relacionados con los beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica particular o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Guía parra conocer los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones"**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Consulte la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, Servicio al Cliente u otras inquietudes"**.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Guía para conocer los aspectos básicos de las
decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar
apelaciones: consideraciones generales**

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones aborda los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para asuntos, tales como saber si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que le brinda atención médica o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es analizada por diferentes revisores que aquellos que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura agilizada" o una apelación agilizada de una decisión de cobertura.

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

Si rechazamos toda o parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión en la Apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presenta una apelación**

¿Desea obtener asistencia? A continuación, se presentan algunos de los recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Usted puede obtener ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
 - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona expide la receta médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico u otra persona que expida la receta médica deben ser nombrados como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Quizás ya haya alguien que esté legalmente autorizado para actuar como su representante según la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de "Designación de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com). El formulario le otorga a esa persona un permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea nombrar como representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

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

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles de cada uno en una sección separada:

- Consulte la **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- Consulte la **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- Consulte la **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto"
- **Consulte la Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura cancelada demasiado pronto" (*Esto se aplica a los siguientes servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés]*).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar p llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto contiene los números de teléfono de este programa).

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



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía para conocer los "aspectos básicos" sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, puede leerla antes de comenzar esta sección.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para
obtener cobertura para la atención médica o si desea que
le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención**

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos servicios médicos se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para facilitar su consulta, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención o tratamiento o servicios médicos" cada vez. El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican distintas reglas a una solicitud de un medicamento que requiere de receta médica de la Parte B. En estos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos requieren de receta médica de la Parte B sea distinta de las reglas para artículos y servicios médicos.

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

1. No obtiene determinada 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 desean brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por esta atención.
4. Recibió y pagó la atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan, y desea solicitarle a nuestro plan que le reembolse por esta atención.
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted considera que el hecho de reducir o suspender esta atención podría dañar su salud.

NOTA: si la cobertura que se suspenderá es para la atención hospitalaria, la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), debe leer una sección separada de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

- Capítulo 9, Sección 7: *cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto.*
- Capítulo 9, Sección 8: *cómo solicitarnos continuar con la cobertura de ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo de tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de CORF.

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

Para *todas las demás* situaciones en las que se le informe que la atención médica que ha estado recibiendo se suspenderá, use esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2 .
Si ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que cubra o pague.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección 5.3 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Consulte la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina "**determinación de la organización**".

Paso 1: usted solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta agilizada, debe solicitarnos que tomemos una "**decisión de cobertura agilizada**".

Términos legales

Una "decisión de cobertura agilizada" se denomina "**determinación agilizada**".

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

Cómo solicitar la cobertura para la atención médica que desea

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros al solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente usamos los plazos estándar para darle nuestra decisión

Cuando tomemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "agilizados". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la **Parte B de Medicare**, **le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, para una solicitud de un **artículo o servicio médico**, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja agilizada, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas agilizadas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura agilizada"

- **Una decisión de cobertura agilizada significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en 24 horas.**
 - **Sin embargo**, podemos **demorarnos hasta 14 días calendario adicionales para una solicitud artículo o servicio médico** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura agilizada, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura agilizada *solamente* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura agilizada si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido).
 - Puede obtener una decisión de cobertura agilizada *solamente* si el hecho de usar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una "decisión de cobertura agilizada", acordaremos automáticamente darle una decisión de cobertura agilizada.**
- Si pide una decisión de cobertura agilizada por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura agilizada.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura agilizada, le enviaremos una carta que lo diga (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - Esta carta le informará que si su médico solicita la decisión de cobertura agilizada, automáticamente le daremos una decisión de cobertura agilizada.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura agilizada que haya solicitado. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le brindamos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura agilizada"

- En general, para una decisión de cobertura agilizada sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **en 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar los días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja agilizada, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay un período prolongado, al final de ese período), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué dijimos que no.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar"

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.** Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** de recibir su solicitud.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales ("un período prolongado") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar los días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja agilizada, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay un período de tiempo extendido, al final de ese período), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.

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

- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales
Una apelación presentada ante el plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina " reconsideración " del plan.

Paso 1: usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación agilizada**".

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito presentando una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica*).
 - Si otra persona que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir el formulario de designación de un representante que autorice que tal persona puede representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario "Designación de un representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que le explicará su derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

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

- **Si solicita una apelación agilizada, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, explique el motivo por el cual su apelación llega tarde cuando la presenta. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitarnos una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación agilizada" (puede hacer una solicitud llamándonos)

Términos legales
Una "apelación agilizada" también se denomina "reconsideración agilizada".

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una "apelación agilizada".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación agilizada" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura agilizada". Para solicitar una apelación agilizada, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura agilizada. (Estas instrucciones se ofrecen anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación agilizada", se la proporcionaremos.

Paso 2: consideramos su apelación y le brindamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o su médico para obtener más información.

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

Plazos para una apelación "agilizada"

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario** adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período prolongado si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud** debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud para un artículo o servicio médico **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si su apelación se trata sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario** adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja agilizada" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja agilizada, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite aplicable anterior (o al final del período prolongado si tomamos días adicionales en su solicitud para un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días naturales** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si nuestro plan rechaza en forma parcial o total su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de revisión independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de revisión independiente**". A veces, se la denomina "**IRE**".

Paso 1: la Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente 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 manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le denomina el "expediente de su caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted presentó una "apelación agilizada" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación agilizada" en el Nivel 2

- Si usted presentó una apelación agilizada ante nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación agilizada en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario extras.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una "apelación estándar" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si usted presentó una apelación estándar ante nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario extras.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente le brinda su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esa decisión.

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

- **Si la organización de revisión acepta de forma parcial o total su solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de parte de la organización de revisión para solicitudes estándar o dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes agilizadas.
- **Si la organización de revisión dice que sí a una solicitud parcial o total de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar** o en un plazo de **24 horas** desde la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes agilizadas**.
- **Si esta organización rechaza en forma parcial o total su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (A esto se le denomina "ratificar la decisión". También se llama "rechazar su apelación").
 - Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica 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 solicita debe alcanzar una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cómo calcular el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, usted puede optar por continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se deniega su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: *cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted puede solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Solicitar un reembolso es solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación donde solicita un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica por la que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También verificaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura de atención médica (estas normas se dan en el Capítulo 3 de este folleto: *usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de los 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder *afirmativamente* a su solicitud para una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* cumplió con todas las reglas, *no* le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le explicará que *no* pagaremos los servicios y las razones en detalle. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y nos negamos a realizarlo?

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, por favor, tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación de reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos solicita un reembolso por la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no podrá solicitar una apelación agilizada).

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

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía para conocer los "aspectos básicos" sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, puede leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para facilitar su consulta, generalmente utilizamos el término "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos por medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, las reglas y restricciones sobre la cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina " determinación de cobertura ".

A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
 - Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.
 - Solicita que anulemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (por ejemplo, límites en la cantidad del medicamento que puede obtener).
 - Solicita pagar un monto de costos compartidos más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto.
- Nos consulta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con las reglas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan, pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrir el medicamento).
 - *Tenga en cuenta:* si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura por pagos.

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

Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para ayudarle a determinar qué parte de esta sección tiene información útil para su situación:

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

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que anulemos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y que a su criterio cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación previa) del medicamento que necesita.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Consulte la Sección 6.4 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección 6.4 de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea que se cubra o pague.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a lo que ocurre con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional expide receta deberá explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. En ese caso, consideraremos su solicitud. A continuación, se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expide la receta puede solicitarnos que hagamos:

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

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*.** (Se denomina "Lista de medicamentos" en su forma abreviada).

Términos legales

En ocasiones, solicitar la cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos, se denomina solicitar una "excepción al formulario" .

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a los medicamentos del Nivel 4 para medicamentos de marca o del Nivel 2 para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le requerimos que pague por el medicamento.

2. **Cómo eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

En ocasiones, solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento, se denomina solicitar una "excepción al formulario" .
--

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación previa del plan* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina "autorización previa").
 - *Estar obligado a probar otro medicamento primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se denomina "terapia escalonada").
 - *Límites de cantidad*. Para ciertos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad de medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y desestimamos una restricción en su caso, puede solicitar una excepción para el monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

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

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, la parte que deberá pagar por el costo del medicamento también será menor.

Términos legales

En ocasiones, solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama denomina solicitar una "excepción de niveles".

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría su parte del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de costo compartido más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de costo compartido al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el nivel 5 de medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de niveles y existe más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, usted pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Datos importantes que debe saber para solicitar excepciones

Su médico debe comunicarnos los motivos médicos.

Su médico u otra persona que expida la receta médica deben entregarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más agilizada, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que expide la receta cuando solicite la excepción.

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

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de niveles, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de costos compartidos no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación, por lo general, tiene validez hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede solicitar que revisemos nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

Paso 1: nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura agilizada." No puede pedir una decisión de cobertura agilizada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** En primer lugar, llámenos, enviarnos una carta o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que expida la receta médica) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada, *Dónde enviarnos una solicitud para el pago de nuestra parte del costo por atención médica o un medicamento que haya recibido*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso por

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

escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede optar por un abogado para que sea su representante.

- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: *cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita una excepción, brinde la "declaración de respaldo"**. Su médico u otra persona que expida la receta médica deben proporcionarnos los motivos médicos para la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo denominamos "Declaración de respaldo"). Su médico u otra persona que expida la receta médica puede enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otra persona que expida la receta médica pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o correo una declaración por escrito si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura del modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web.
- Usted, su representante o su médico (u otra persona que recete) pueden enviar una solicitud de determinación de cobertura electrónicamente utilizando nuestro formulario seguro. Se puede acceder a este formulario seguro en www.yoursummithealth.com/webforms/medicare/partd/medicareForm.html. Complete toda la información requerida, adjunte todos los documentos de respaldo y envíela.

Términos legales
Una "decisión de cobertura agilizada" se denomina " determinación de cobertura agilizada ".

Si su salud lo requiere, puede solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura agilizada"

- Cuando tomemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos acordado utilizar los plazos "agilizados". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura agilizada significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

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

- **Para obtener una decisión de cobertura agilizada, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura agilizada *solamente* si solicita un medicamento que aún no ha recibido. (No puedes pedir una rápida cobertura decisión si nos solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión de cobertura agilizada *solamente* si el hecho de usar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales*.
- **Si su médico u otro profesional que expide la receta nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura agilizada", aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura agilizada.**
- Si usted solicita por su cuenta una decisión de cobertura agilizada (sin el respaldo de su médico u otro profesional que expide la receta), nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura agilizada.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura agilizada, le enviaremos una carta que lo diga (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - Esta carta le informará que, si su médico u otro profesional que expide la receta solicita una decisión de cobertura agilizada, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura agilizada.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura agilizada que solicitó. Le indica cómo presentar una queja "agilizada", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideraremos su solicitud y le daremos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión de cobertura agilizada"

- Si usamos los plazos agilizados, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas tras haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

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

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas.**
 - Por lo general, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud** también estamos obligados a pagarle dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar.

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

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se denomina "redeterminación" del plan.

Paso 1: usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación agilizada".

Qué debe hacer

- **Para comenzar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que expide la receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación agilizada, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

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

- Usted, su representante o su médico (u otra persona que recete) puede presentar una solicitud para una apelación electrónica usando nuestro formulario seguro. Se puede acceder a este formulario seguro en www.yoursummithealth.com/webforms/medicare/partd/medicareRedeterminationForm.html. Complete toda la información requerida, adjunte todos los documentos de respaldo y envíela.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otra persona que receta pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación agilizada" también se llama "redeterminación agilizada".

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación agilizada"

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que expida la receta médica deberán decidir si necesita una "apelación agilizada".
- Los requisitos para obtener una "apelación agilizada" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura agilizada" que figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: consideramos su apelación y le brindamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, nuevamente analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otra persona que expida la receta médica para obtener más información.

Plazos para una "apelación agilizada"

- Si usamos los plazos agilizados, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

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

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Tomaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud requiere que lo hagamos. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación agilizada".
 - Si no tomamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindarle tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar a los 7 días calendario** a partir de su recepción de apelación.
 - Si aprobamos una solicitud para el reembolso por un medicamento que ya compró, **estamos obligados a enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

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

- Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué lo hicimos. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si contestamos negativamente a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente sección).

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

Si denegamos su apelación, usted debe elegir si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de revisión independiente**". A veces, se la denomina "**IRE**".

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona que expida la receta médica) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. A esta información se le denomina el "expediente de su caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

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

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente revisa su apelación 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 sus beneficios de la Parte D que tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

Plazos para una "apelación agilizada" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación agilizada".
- Si la organización de revisión autoriza una "apelación agilizada", la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta en forma total o parcial su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo** de 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Plazos para la "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si lo que solicita es que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
 - **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud,**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brinda la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le denomina "ratificar la decisión". También se llama "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica 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 solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted deberá elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se deniega su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto

Al ser hospitalizado, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

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

- El día que usted se retira del hospital se denomina "**fecha de alta**".
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le dan de alta del hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le explica de qué manera puede hacerlo.

Sección 7.1	Durante su estancia hospitalaria, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos
--------------------	--

Durante su hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare obtienen una copia de este aviso cada vez que son ingresadas en un hospital. Algún empleado del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregárselo en un plazo de dos días después de haber sido internado. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y realice preguntas si no lo comprende.** Aquí se le explican sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital y su derecho a saber quién lo pagará.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar la decisión del alta si considera que le dan de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
<p>El aviso por escrito de Medicare le informa sobre cómo puede "solicitar una revisión inmediata". Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).</p>

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

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede conceder un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso *solamente* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta (su médico o el 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. **Guarde su copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
 - Si firma el aviso más de dos días de su salida del hospital, obtendrá otra copia antes de que se programe su alta.
 - Para leer una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado, deberá utilizar el 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 primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos, 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 su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

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

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una "revisión agilizada" de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe con rapidez

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta**. (Su "fecha de alta programada" es la fecha que ha sido fijada para que usted se retire del hospital).
 - Si cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagar* mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome una decisión sobre su apelación.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestra cobertura. Para obtener detalles sobre esta forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

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

Solicite una "revisión agilizada":

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una "**revisión agilizada**" de su alta. Solicitar una "revisión agilizada" significa que solicita a la organización que use los plazos "agilizados" para una apelación en lugar de usar los plazos estándar.

Términos legales
Una " revisión agilizada " también se denomina " revisión inmediata " o " revisión acelerada ".

Paso 2: 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 (se denominan "los revisores" en su forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que presente los motivos por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos facilitado.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores hayan informado a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito que le informará su fecha de alta programada y le explicará en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (medicamento apropiado) para que le de alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita se denomina " aviso detallado del alta ". Puede obtener un ejemplar de este aviso llamando a Servicio al cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html .

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

Paso 3: en el plazo de un día completo después haber recibido toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **nosotros debemos seguir prestándole sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si se rechaza su apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, quiere decir que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado finalizará** al mediodía del día *posterior* a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da su respuesta a su apelación.

Paso 4: si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta programada.

A continuación, se presentan los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

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

Paso 1: se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión. **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle nuestra** parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindándole cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama "ratificar la decisión".
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicatario.

Paso 4: si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea seguir apelando y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador.

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

- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación de su alta hospitalaria. ("Rápidamente" significa antes de que salga del hospital y antes de la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación en la que solicite una "revisión agilizada". Una revisión agilizada es una apelación que utiliza los plazos agilizados en lugar de los plazos estándares.

Términos legales

Una "revisión agilizada" (o "apelación agilizada") también se denomina "**Apelación acelerada**".

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una "revisión agilizada".

- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida"**. Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: realizamos una "revisión agilizada" de su fecha de alta programada para verificar si fue correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta programada fue correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.

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

- En esta situación, utilizaremos los plazos "agilizados" en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de cuando solicitó una "revisión agilizada" ("apelación agilizada").

- **Si aceptamos su apelación agilizada**, significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y que continuaremos brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación agilizada**, estamos diciendo que su fecha de alta programada fue correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo** total de la atención hospitalaria que haya recibido después de la fecha de alta programada.

Paso 4: si rechazamos su apelación agilizada, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación agilizada, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación agilizada". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es " Entidad de revisión independiente ". A veces, se la denomina " IRE ".

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

Paso 1: enviaremos 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 un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión agilizada" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro 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. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, esto podría limitar el monto que le reembolsaríamos o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria programada fue médicamente adecuada.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicatario.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección trata únicamente de tres servicios: Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)</i>
--------------------	---

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de atención médica domiciliaria** que usted recibe.
- **Cuidados de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. *Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención.*

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

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

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.
 - El aviso por escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - El aviso escrito también le informa qué puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie la decisión sobre cuándo finalizar su atención y que siga cubriéndola por un período de tiempo más largo.

Términos legales

Al decirle lo que puede hacer, el aviso escrito le dice cómo puede solicitar una "**apelación por vía rápida**". Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención. (La Sección 8.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una apelación agilizada).

El aviso escrito se llama "**Aviso de no cobertura de Medicare**".

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
 - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 brinda información sobre cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - La firma en este aviso *solamente* muestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Esto no significa que está de acuerdo** con el plan en que es hora de interrumpir la atención que está recibiendo.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitar que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar 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 primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este

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

folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización cuenta con un grupo de médicos y otros expertos en atención médica de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una "apelación agilizada" (para hacer una revisión independiente) sobre si es correcto desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: 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 (se denominan "los revisores" en su forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su

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

representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que presente los motivos por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.

- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte, en el que le explicaremos en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso de explicación se llama "Explicación detallada de no cobertura".

Paso 3: en el plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán de su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.** Interrumpiremos el pago de la parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo la atención de salud domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado usted mismo.

Paso 4: si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta pertenece al "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 - y elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.

A continuación, se presentan los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión. **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** por nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar brindándole cobertura** para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

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

- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicatario.

Paso 4: si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación en la que solicite una "revisión agilizada". Una revisión agilizada es una apelación que utiliza los plazos agilizados en lugar de los plazos estándares.

A continuación, se presentan los pasos para presentar una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una "revisión agilizada" (o "apelación agilizada") también se denomina " Apelación acelerada ".

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

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una "revisión agilizada".

- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión agilizada"**. Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándares".

Paso 2: realizamos una "revisión agilizada" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando fijamos la fecha de finalización para la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos los plazos "agilizados" en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de cuando solicitó una "revisión rápida" ("apelación agilizada").

- **Si aceptamos su apelación agilizada**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios por más tiempo y que seguiremos brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación agilizada**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: si rechazamos su apelación agilizada, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación agilizada, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Paso a paso: proceso de *apelación* alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación agilizada". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es " Entidad de revisión independiente ". A veces, se la denomina " IRE ".

Paso 1: enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión agilizada" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro 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. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, esto podría limitar el monto que le reembolsaríamos o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó sobre su primera apelación y no la cambiarán.

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

- El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez especializado en derecho administrativo o un abogado adjudicador.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y o un nivel superior

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas de sus apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. A continuación, se detalla quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicatario que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación puede terminar o no.** Decidiremos si apelamos o no esta decisión para llevarla al Nivel 4. A diferencia de lo que ocurre con una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.

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

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez especializado en derecho administrativo o del abogado adjudicatario.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañen. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* terminar o *no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el aviso que reciba le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4: la junta de **apelaciones de Medicare** (Junta) revisará su apelación y le dará una respuesta. La junta es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación o si la Junta rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede* terminar o *no*** - Decidiremos si apelamos esta decisión para llevarla al Nivel 5. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Junta.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si se rechaza la apelación o si la Junta rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* terminar o *no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si la Junta rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5: un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas de sus apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicatario que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación ha terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza el proceso de apelación puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado adjudicatario rechaza su apelación, el aviso que reciba le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4: la **Junta de apelaciones de Medicare** (Junta) revisará su apelación y le dará una respuesta. La junta es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación ha terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por la Junta **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza el proceso de apelación puede concluir o no.**

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

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si la junta rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión, la notificación que reciba le informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 un juez en el **Tribunal de distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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



Si su problema tiene que ver con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, entonces esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 **¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de presentación de quejas?**

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos se aplica a ciertos tipos de problemas *únicamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problema que se manejan mediante el proceso de presentación de queja.

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

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica recibida	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que recibió (incluida la atención recibida en el hospital)?
Respeto por su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con la forma en que nuestro Servicio al Cliente lo ha tratado? • ¿Considera que se le está alentando a abandonar el plan?
Plazos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar demasiado tiempo? ¿O le ha sucedido esto con nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, al obtener una receta o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que le enviamos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que no le hemos enviado un aviso que debíamos enviarle? • ¿Considera que la información que le dimos por escrito es difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4-9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, utilice ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A continuación. Se presentan algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha pedido que le demos una "decisión de cobertura agilizada" o una "apelación agilizada", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos dice que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican plazos. Si considera que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro de los plazos establecidos, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre completo para "presentar una queja" es "presentar un reclamo"

Términos legales

- Lo que esta sección denomina "**queja**" también se llama "**reclamo formal**".
- Otro término para "**presentar una queja**" es "**presentar un reclamo**".
- Otra forma de decir "**usar el proceso para quejas**" es "**usar el proceso para presentar un reclamo formal**".

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 10.3 Paso a paso: cómo presentar una queja****Paso 1: póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Por lo general, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicio al Cliente se lo informará. Llame al Servicio al Cliente al 1-844-827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y festivos). Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, número y a qué hora llamó, y un representante le devolverá la llamada el siguiente día laborable.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera.
 - Usted, el miembro, su representante autorizado, su representante legal o cualquier otro proveedor pueden presentar una queja. Debe presentar el reclamo dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del evento o incidente que causó el reclamo. Si no cumple con la fecha límite, aún puede presentar el reclamo y solicitar una extensión del plazo. Su solicitud puede ser por escrito e incluir la razón por la que no presentó la queja a tiempo.
 - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otra persona que recete, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com). El formulario le otorga a esa persona un permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea nombrar como representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Usted puede enviar su reclamo por **correo** a:
Summit Health Plan, Inc.
Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit
PO Box 820070
Portland OR 97282
 - O envíe su queja por **fax** a:
1-833-949-1888
Attn: Medicare Appeal and Grievance Unit
 - Si **llama** a Servicio al Cliente al 1-844-827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), registrarán la queja y le repetirán la queja como está escrita,

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

para confirmar la precisión. El reclamo se anotará con la hora y la fecha. Si envía su reclamo por correo o fax, la fecha y hora de recepción se indicarán en su carta. Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, siete días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (después del 31 de marzo, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y festivos).

- Tenemos 30 días calendario desde la fecha en que se recibió el reclamo para tomar una decisión. A veces es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión sobre su reclamo. Si necesitamos más tiempo, recibirá una carta solicitando el tiempo adicional y explicando por qué necesitamos más tiempo para tomar una decisión. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su queja se refiere a la calidad de la atención, la carta incluirá su derecho a presentar un reclamo formal por la calidad de atención ante la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado.
- Debemos abordar su queja tan pronto como lo requiera su caso de acuerdo a su estado de salud, pero no más tarde de 30 días después de recibir su queja. Es posible que extendamos el plazo hasta por 14 días si usted solicita la extensión, o si encontramos que se necesita información adicional y la demora redunda en su interés
- Si rechazamos su solicitud de una determinación de cobertura "rápida", una determinación de organización "rápida", una redeterminación "rápida" o una apelación "rápida" y aún no ha recibido el medicamento o servicio, o si ampliamos el plazo para una determinación de cobertura "rápida", una determinación de organización "rápida", una redeterminación "rápida" o una apelación "rápida" cuando aún no ha recibido el medicamento o servicio, tiene derecho a presentar una queja "agilizada". Indique claramente en su solicitud que desea una **"SOLICITUD DE QUEJA AGILIZADA"**. Puede presentar una queja "agilizada" por **teléfono (llame al 1-833-460-0451) o fax como se indica arriba**. Responderemos a su queja "agilizada" por escrito dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su queja "agilizada".
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** El reclamo debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura agilizada" o una "apelación agilizada", le enviaremos automáticamente una "queja agilizada".** Si tiene una "queja agilizada", significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**

Términos legales

Lo que esta sección denomina **"queja agilizada"** también se llama **"reclamo formal acelerado"**.

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

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables por el problema por el que se queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad
---------------------	---

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se le brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

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

Sección 10.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede enviar una queja sobre Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

*Cancelación de su
membresía al plan*

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	271
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía a nuestro plan	271
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan?	271
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual.....	271
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	272
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	273
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?.....	274
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	275
Sección 3.1	Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan	275
SECCIÓN 4	Hasta que cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	276
Sección 4.1	Usted sigue siendo miembro de nuestro plan hasta que termine su membresía	276
SECCION 5	Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	277
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	277
Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud.....	278
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	278

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía a nuestro plan
--

Terminar su membresía en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) puede ser de manera **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Es posible que usted deje nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Solo hay ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La sección 3 le explica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que no elige dejar el plan, si no que se nos requiere que cancelemos su membresía. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el "período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** El periodo se extiende desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?**
Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - - o - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?**
Este periodo se extiende todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Cancelar su membresía a nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o a la obtención de su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si usted, además, elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía a dicho plan comenzará el primer día del mes luego de que su plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En determinadas situaciones, los miembros de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Por lo general, si se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid a través del Plan de Salud de Oregon (OHP).
 - Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus recetas médicas de Medicare.
 - Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).
 - **Nota:** si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiarse de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especiales?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos que requieren receta médica. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- - *o* - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta "acreditable" durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes posterior después de que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- **Llame a Servicio al Cliente** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y usted 2021*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Aquellas personas que son nuevas en Medicare lo reciben en un plazo de un mes después de haberse inscrito.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que figura a continuación.
- 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.

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan**SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?****Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan**

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). Sin embargo, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos formas de solicitar que se cancele su membresía:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- - o - Puede contactar 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.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta "acreditable" durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

El cuadro a continuación explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiarse 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"> • Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribese en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan**Si desea cambiarse de nuestro plan a: Esto es lo que debe hacer:**

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. ○ Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días seguidos o más cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía. | <ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). • También puede contactar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicitar que se cancele su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) cuando comience su cobertura en Original Medicare. |
|---|--|

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

Sección 4.1 Usted sigue siendo miembro de nuestro plan hasta que termine su membresía

Si abandona Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), puede que tome tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas médicas hasta que termine su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos que requieren receta médica solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de compra por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su hospitalización por lo general, estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

SECCION 5 Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene que proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de forma perturbadora y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si no paga las primas del plan por 2 meses calendario.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 2 meses calendario pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.

Capítulo 10. Finalizar su membresía en el plan

- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su membresía a nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde se puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud
--------------------	---

Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan por un tema relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	281
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	281
SECCIÓN 3	Aviso de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	281

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura*, y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** según la raza, el origen étnico, el origen nacional, el color de piel, la religión, el sexo, el género, la edad, la discapacidad mental o física, el estado de salud, la sinistralidad, el historial médico, la información genética, la evidencia de asegurabilidad o la ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud referida a nuestra política antidiscriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la secretaría bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPITULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Administrador de beneficios de recetas/farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) – Por lo general, un administrador externo que es responsable de procesar y pagar los reclamos de medicamentos recetados en nombre de un plan de salud.

Apelación – Una apelación es un procedimiento que se realiza si no está de acuerdo con una decisión nuestra de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio – Es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si la membresía es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su membresía si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) – La atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser proporcionadas por médicos o enfermeros registrados.

Atención supervisada – La atención personal que se brinda en un centro para personas mayores, un centro de cuidado de enfermos terminales u otros centros, cuando no es necesaria la atención médica ni la atención de enfermería especializada. La atención supervisada es el cuidado personal que puede ser provisto por personas que nos tengan destrezas o capacitación profesional, tales como asistencia con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, recostarse y levantarse de una cama o sillón, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Autorización previa – Es la aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Ayuda para el cuidado de la salud en el hogar – Un asistente de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes para el cuidado de la salud en el hogar no tienen certificación de enfermería ni brindan terapias.

Beneficios complementarios opcionales – Los beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para obtenerlos.

Cancelar o cancelación de la membresía – El proceso de cancelar su membresía de nuestro plan. La cancelación de la membresía puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (ajena a su propia elección).

Cantidad permitida – Este es el monto máximo de pago por un servicio de atención médica cubierto.

Carga máxima – Lo máximo que puede cobrar un proveedor por un servicio

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) – Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro Quirúrgico Ambulatorio – Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) – La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica – La cobertura de medicamentos que requieren receta médica (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos que requieren receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura al momento de calificar para Medicare pueden, generalmente, mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D) – Es un seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Compartir costos – El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (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 pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una "tasa de costo compartido diario" cuando el médico le receta una cantidad menor que el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago.

Copago – Es el monto que se le puede exigir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Coseguro – Es un monto que usted debe pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costos de desembolso personal – Consulte la definición de "costo compartido" anterior. El requisito de costos compartidos de un miembro según el cual se debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina como requisito de costo "de desembolso personal" del miembro.

Cuidados de emergencia – Los servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Deducible – Es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro Plan comience a pagar su parte.

Determinación de cobertura – Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta médica. En general, el hecho de llevar su receta médica a una farmacia y que ésta le informe que dicha receta médica no está cubierta por su Plan no constituye una determinación de cobertura. 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 folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Determinación de la organización – El Plan Medicare Advantage establece una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de cuáles artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia – Una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) – Ciertos equipos médicos ordenados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Estancia como paciente hospitalizado – Una estadía hospitalaria cuando ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado como un "paciente ambulatorio".

Etapas de cobertura catastrófica – La etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D donde paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapas de cobertura inicial – Esta es la etapa antes de su costo total de medicamentos, incluidos los montos que haya pagado y lo que su plan pagó en su nombre para el año han alcanzado \$4,130.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y divulgación de información – Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicionales u otra cobertura opcional elegida, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), u obtiene un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Facturación del saldo – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente más del monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS), solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores "facturen el saldo" ni le cobren más de lo que el costo compartido que su plan dice que debe pagar.

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 denominamos "farmacias de la red" porque tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red – Es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio – Un miembro al que le quedan 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos brindará un tratamiento especial para su estado.

Indicación medicamento aceptada – El uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de consulta. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada.

Límite de cobertura inicial – El límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad – Es una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos relacionados con la calidad, la seguridad o la utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos") – Es una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicaid (o asistencia médica) – Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y que cumplen con las normas de práctica médica aceptadas.

Medicamento de marca – Un medicamento que requiere de receta médica que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, en general, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Medicamento genérico – Es un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) con la certificación de que posee los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos – El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Son medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso de estar cubiertos como medicamentos de la Parte D.

Medicare – El programa federal de seguros médicos para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicare Original ("Medicare tradicional" o "Pago por servicio" de Medicare) – Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarle a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Miembro (miembro de nuestro plan o "Miembro del plan") – Es una persona que tiene Medicare y que califica para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Monto de ajuste mensual por sus ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) – Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por sus ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agregará a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de desembolso personal – El mayor monto de desembolso personal durante el año calendario por los servicios de POS cubiertos de la Parte A y la Parte B. Montos que paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre el monto máximo que paga de desembolso personal.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – Es un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si permanece sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días seguidos o más después de la primera vez que es elegible para unirse a un plan de la Parte D. Puede pagar este monto superior siempre y cuando tenga un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados, usted no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido – Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos están en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, mientras más alto es el nivel de costos compartidos, más alto es su costo por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por sus siglas en inglés, QIO) – Es un grupo de médicos y otros expertos en la atención médica a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Parte C – Consulte "Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés)".

Parte D – El programa de beneficios voluntarios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilitar su consulta, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la "Parte D").

Período de beneficio – La forma en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en el que es ingresado a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted es ingresado a un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, un nuevo período de beneficios comienza. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – Un tiempo establecido cada año cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a una cobertura de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual – Un período establecido en otoño durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o pueden cambiarse a Medicare Original. El período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de inscripción especial – Un tiempo fijo en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda extra" para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica, si se muda a un hogar de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato.

Período de inscripción inicial – Es el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare cuando usted califica para este por primera vez. Por ejemplo, si califica para Medicare al cumplir la edad de 65, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que inicia 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluido este mes, y que finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales – Un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece atención médica orientada a grupos de personas específicos, tales como los que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o tienen determinadas enfermedades crónicas.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) – Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando se reciban beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos de desembolso personal por servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor de sus costos de desembolso personal combinados por servicios recibidos tanto de los proveedores de la red (preferidos) como de los de fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare – Es un plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas piloto/de demostración y los Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) – A veces se llama Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados. Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B son elegibles para unirse a cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE – Un plan PACE (Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) para personas cuyo estado de salud es delicado, para ayudarlas a permanecer independientes y a vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro para personas mayores) tanto tiempo como sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (Seguro Suplementario de Medicare) – Es un seguro complementario de Medicare que lo venden compañías de seguros privadas para subsanar las deficiencias en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima – Es el pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de salud por la cobertura de salud o por medicamentos recetados.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Programa de descuento de brecha entre cobertura de Medicare – Es un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa de brecha entre cobertura y que aún no estén recibiendo la "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuento.

Prótesis y aparatos ortóticos – Son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) – Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted visita en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también pueden consultar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red – "Proveedor" es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de salud que cuentan con licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud. Nosotros los denominamos "proveedores de la red" cuando tienen un contrato con nuestra cobertura para aceptar nuestro pago como el pago total y, en determinados casos, para coordinar y brindar los servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los contratos que tiene con los proveedores, o si los proveedores aceptan proporcionarle a usted servicios cubiertos por el plan. También se puede hacer referencia a los proveedores de la red como "proveedores del plan".

Proveedor o centro fuera de la red – Es un proveedor o centro con el que tenemos no acuerdos para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores o centros fuera de la red son proveedores que no son empleados por, ni pertenecen a, ni operan con nuestro plan o no están bajo contrato para brindarle los servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en este folleto en el Capítulo 3.

Punto de servicio (POS), Punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés) – Punto de servicio significa que, por un costo adicional, puede utilizar proveedores fuera de la red del plan o mediante autoremisión a un proveedor del plan para obtener algunos de sus servicios cubiertos.

Punto de servicio (POS), Punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés) – Punto de servicio significa que, por un costo adicional, puede utilizar proveedores fuera de la red del plan o mediante autoremisión a un proveedor del plan para obtener algunos de sus servicios cubiertos.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Queja – El nombre completo para "presentar una queja" es "presentar un reclamo". El proceso para presentar quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas solamente. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también la definición de "Reclamo formal" en esta lista de definiciones.

Reclamo – Es un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o las farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye controversias de cobertura o pago.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas de inglés) – Es un beneficio mensual que emite la Administración del Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que se consideran personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario no son lo mismo que los beneficios de la Administración del Seguro Social.

Servicio al Cliente – Un departamento dedicado a brindar el más alto nivel de servicio a los clientes al brindar la información necesaria para comprender su membresía, utilizar los beneficios de su plan y obtener la asistencia que necesitan. Esto se ofrece por teléfono, correo electrónico, por escrito y contacto personal. Cuando una persona que no habla inglés necesita obtener información, utilizamos un servicio de interpretación de idiomas para facilitar la discusión. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos – El término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Son servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios que se necesitan con urgencia – Los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperada, que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) – Consulte "Ayuda adicional".

Tarifa por expendio – Es un pago que se cobra cada vez que se expende un medicamento recetado para pagar el costo de surtir la receta médica. La tarifa por expendio cubre costos tales como el tiempo que el farmacéutico requiere para preparar y empacar la receta médica.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Tasa de costo compartido diario – Una "tasa de costo compartido diario" puede aplicar cuando un médico receta médica menos del suministro de un mes completo de determinados medicamentos y se le exige hacer un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por el número de días correspondiente al suministro de un mes. Por ejemplo, si su copago para el suministro de un medicamento de un mes es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su "tasa de costo compartido diario" será de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro diario cuando surte su receta.

Terapia escalonada – Una herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico pueda haberle recetado inicialmente.



Información de contacto de nuestro Servicio al Cliente

Llame a	<p>Servicio al Cliente al 1-844-827-2355</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Servicio al Cliente está disponible de 7 a.m. a 8 p.m., Hora del Pacífico, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, su llamada será atendida por nuestro sistema de telefonía automática, los sábados, domingos y días festivos.).</p> <p>Nuestro Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>	
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial, y es únicamente para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>	
Fax:	<p>Solicitudes médicas por fax al 855-466-7208</p> <p>Con atención a: Summit Health Medicare Advantage</p>	
Puede escribir a	<p>Solicitudes médicas</p> <p>Summit Health Plan, Inc. con atención a: Medicare Advantage P.O. Box 820070 Portland OR 97282</p> <p>MedicalMedicare@ yoursummithealth.com</p>	<p>Servicios de farmacia</p> <p>Summit Health Plan, Inc. con atención a: Medicare Advantage P.O. Box 22859 Portland OR 97269</p> <p>PharmacyMedicare@ yoursummithealth.com</p>
Página web	<p>yoursummithealth.com</p>	

Información de contacto de la Asistencia de Beneficios del Seguro Médico para Personas de la Tercera Edad (SHIBA) (Oregon's SHIP)

La Asistencia de Beneficios del Seguro Médico para Personas de la Tercera Edad (SHIBA, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare.

Llame a	1-800-722-4134
TTY	711
Puede escribir a	Oregon SHIBA P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405
Página web	www.oregonshiba.org



Declaración de Divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés)

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que se le muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para la recopilación de esta información es el 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, por favor, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, con atención a: Oficial de Aprobación de Informes de la PRA, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.