



2025

Evidencia de Cobertura

Solis Wellness Plan (HMO C-SNP)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Solis Wellness Plan (HMO C-SNP)

En este documento se proporcionan detalles sobre su cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-447-6547 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Solis Wellness Plan, es ofrecido por Solis Health Plans, Inc. (Cuando esta Evidencia de cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Solis Health Plans, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Solis Wellness Plan).

Este documento está disponible sin cargo en inglés. Para solicitar un documento en un formato alternativo, como letra grande, braille o cinta de audio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-447-6547.

Los beneficios o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

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

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

- La prima del plan y el gasto compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo contactarnos si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura de 2025**Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Solis Wellness Plan	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de Solis Wellness Plan (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	23
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	25
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad	26
SECCIÓN 5 Seguro Social	26
SECCIÓN 6 Medicaid	27
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	28
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	32
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	32
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	33
SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	34
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica.	36
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	40
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	43
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	43

Tabla de contenidos

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	46
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipos médicos duraderos.....	47
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>	49
SECCIÓN 1	Cómo comprender los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos	50
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	52
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	111
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>	115
SECCIÓN 1	Introducción	116
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	116
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	120
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	123
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	124
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	127
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	130
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	131
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	132
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	134
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D</i>	137
SECCIÓN 1	Introducción	138
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento.....	140
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	141
SECCIÓN 4	No se aplican deducibles para Solis Wellness Plan	143
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	143
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	148
SECCIÓN 7	Información de beneficios adicionales.....	148

Tabla de contenidos

SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtiene.....	149
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>.....		
		151
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....	152
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	154
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	155
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		
		157
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	158
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	164
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>		
		166
SECCIÓN 1	Introducción	167
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	167
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	168
SECCIÓN 4	Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	169
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	173
SECCIÓN 6	Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	181
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización como paciente internado más prolongada si cree que le dan el alta demasiado pronto	192
SECCIÓN 8	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	197
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	201
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	205
CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>		
		209
SECCIÓN 1	Introducción a la <i>cancelación de su membresía en nuestro plan</i>	210
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	210
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	213

Tabla de contenidos

SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus productos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	213
SECCIÓN 5	Solis Wellness Plan debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	214
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	216
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	217
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	217
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	217
SECCIÓN 4	Otros avisos legales.....	218
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	219

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito actualmente en Solis Wellness Plan, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Solis Wellness Plan.

Solis Wellness Plan es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

Solis Wellness Plan es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Solis Wellness Plan está diseñado para brindar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a las personas que tienen diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de la diabetes mellitus, los trastornos cardiovasculares o la insuficiencia cardíaca crónica. También incluye programas de salud diseñados para satisfacer las necesidades especializadas de personas con estas afecciones. Además, nuestro plan cubre medicamentos con receta para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que generalmente se usan para tratar la diabetes mellitus, los trastornos cardiovasculares o la insuficiencia cardíaca crónica. Como miembro del plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados para su afección y todo su servicio de atención estará coordinado a través de nuestro plan.

La cobertura según este plan reúne los requisitos como cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento de la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Solis Wellness Plan.

Capítulo 1: primeros pasos como miembro

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	---

Esta *Evidencia de cobertura* es parte del contrato que celebramos con usted sobre cómo Solis Wellness Plan cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen la solicitud de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones a su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Solis Wellness Plan desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Solis Wellness Plan después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Solis Wellness Plan todos los años. Puede seguir obteniendo todos los años la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1	Las calificaciones para elegibilidad
--------------------	---

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica del área de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en EE. UU. de forma legal.
- *Y también*, cumpla con las calificaciones para elegibilidad especiales que se describen a continuación.

Capítulo 1: primeros pasos como miembro

Calificaciones para elegibilidad especiales para nuestro plan

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

Tenga en cuenta que: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 2 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 describe la cobertura y el costo compartido durante el período de elegibilidad continuada determinada).

Sección 2.2 Esta es el área de servicio para Solis Wellness Plan

Solis Wellness Plan está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: Hillsborough, Pasco, Pinellas

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a Solis Wellness Plan si usted no es elegible para seguir siendo miembro basándose en ello. Solis Wellness Plan debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid si corresponde.

Capítulo 1: primeros pasos como miembro

A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de identificación para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Solis Wellness Plan, es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la presente si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de identificación del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores/farmacias

El *Directorio de proveedores/farmacias* enumera nuestros proveedores de la red actuales, proveedores de equipos médicos duraderos y farmacias. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier gasto compartido del plan como pago pleno.

Debe acudir a los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o es imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Solis Wellness Plan autorice el uso de proveedores fuera de la red.

El *Directorio de proveedores/farmacias*, en www.solishealthplans.com, enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestros planes. Puede utilizar el *Directorio de proveedores/farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan.

Capítulo 1: primeros pasos como miembro

La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.solishealthplans.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores/farmacias*, puede solicitar una copia (en forma electrónica o impresa) al Departamento de Servicios para Miembros. Las solicitudes de *Directorios de proveedores/farmacias* impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3	La Lista de medicamentos cubiertos (<i>Formulario</i>) del plan
--------------------	--

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Solis Wellness Plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Solis Wellness Plan.

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.solishealthplans.com) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Solis Wellness Plan
------------------	--

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1	Prima del plan
--------------------	-----------------------

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado para Solis Wellness Plan.

Sección 4.2	Prima mensual de la Parte B de Medicare
--------------------	--

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3	Multa por inscripción tardía de la Parte D
--------------------	---

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D o una cobertura para medicamentos con receta acreditable. La Cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que pasó sin cobertura para medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Solis Wellness Plan, le haremos saber el monto de la multa.

No tendrá que pagarlo si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
 - Han pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
 - Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
- **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se espera que pague el mismo monto que el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

Capítulo 1: primeros pasos como miembro

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. 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 la nación desde el año anterior. Para 2025, el monto promedio de la prima es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$36.78, lo que es igual a \$5.15. Esto se redondea en \$5.20. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

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

Sección 4.4	Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso
--------------------	---

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto supera determinado monto, pagará el monto de la prima estándar y el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que

Capítulo 1: primeros pasos como miembro

es posible que deba pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

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

Sección 4.5	Monto del plan de pago de recetas de Medicare
--------------------	--

Si participa en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos con receta que obtiene más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

La Sección 7 del Capítulo 2, brinda más información sobre el plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual
------------------	---

Sección 5.1	Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen diversas maneras para pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D
--------------------	---

Hay 2 formas de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

La multa por inscripción tardía se facturará anualmente. Tenga en cuenta que tiene la opción de pagar su multa en una suma global única por año o mensualmente. Haga el cheque pagadero a nombre de Solis Health Plans y envíe su pago por correo a:

Capítulo 1: primeros pasos como miembro

Solis Health Plans**Attn: Finance Department****9250 NW 36th Street, Suite 400****Doral, FL 33178**

Envíe su pago a más tardar el día 15 del mes. No haga su cheque pagadero a nombre de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni a nombre del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS).

Opción 2: Descontar su multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual de seguro social**Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D**

Si decide cambiar la opción con la que paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-447-6547.

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

Debemos recibir el pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del día 15 del mes.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, dentro del plazo establecido, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para que le recomendemos programas que lo ayuden a pagar sus costos.

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

Si considera que su membresía fue cancelada por error, puede presentar un reclamo (también llamado queja); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar un reclamo. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. En caso de reclamos, revisaremos nuestra decisión nuevamente. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar un reclamo, o puede llamarnos al 1-844-447-6547. Nuestro horario de atención entre el 1 de octubre al 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana; y entre el 1 de abril al 30 de septiembre son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes

Capítulo 1: primeros pasos como miembro

a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

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

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe, o que necesite comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional”, puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información de la solicitud de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria/grupo médico.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de gasto compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, una compensación laboral o Medicaid).

Capítulo 1: primeros pasos como miembro

- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es necesario que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si algo de esta información cambia, infórmenos llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

Capítulo 1: primeros pasos como miembro

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

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Solis Wellness Plan (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Solis Wellness Plan. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
TELÉFONO	1-844-447-6547 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	305-675-3871
DIRECCIÓN	Solis Health Plans Attention: Member Services 9250 NW 36th St., Suite 400 Doral, FL 33178
Correo electrónico	info@solishealthplans.com
SITIO WEB	www.solishealthplans.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una apelación o una decisión de cobertura sobre atención médica

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

Método	Información de contacto para las decisiones de cobertura para atención médica o Parte D medicamentos con receta
TELÉFONO	1-844-447-6547 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	Decisiones de cobertura para atención médica: 1-833-210-8141 Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: 1-855-212-8110
DIRECCIÓN	Decisiones de cobertura para atención médica: Solis Health Plans Attention: Utilization Management PO Box 523959 Miami, FL 33152 Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Solis Health Plans Attention: Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.solishealthplans.com

Método	Información de contacto para apelaciones de atención médica o medicamentos con receta de la Parte D
TELÉFONO	1-844-447-6547 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	Apelaciones de atención médica: 1-833-615-9263 Apelaciones de medicamentos con receta de la Parte D: 1-855-212-8110
DIRECCIÓN	Apelaciones de atención médica: Solis Health Plans Attention: Grievance and Appeals Department PO Box 524173 Miami, FL 33152 Apelaciones de medicamentos con receta de la Parte D: Solis Health Plans Attention: Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.solishealthplans.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica

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

Método	Información de contacto para reclamos acerca de la atención médica
TELÉFONO	1-844-447-6547 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-833-615-9263
DIRECCIÓN	Solis Health Plans Attention: Grievance and Appeals Department PO Box 524173 Miami, FL 33152
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar un reclamo sobre Solis Wellness Plan directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura del proveedor) que considera que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
TELÉFONO	1-844-447-6547 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	Parte C de Medicare: 1-833-615-9263 Medicamento con receta de la Parte D: 1-877-684-7715
DIRECCIÓN	Parte C de Medicare: Solis Health Plans Attention: Direct Member Reimbursement Department P.O. Box 524173 Miami, FL 33152 Medicamento con receta de la Parte D: Solis Health Plans P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970
SITIO WEB	www.solishealthplans.com

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de convalecencia, médicos, agencias de atención en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción en Medicare con las siguientes herramientas: • Herramienta para conocer la elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimado</i> de los gastos de bolsillo que podría pagar en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga de Solis Wellness Plan: • Informe a Medicare sobre su reclamo: puede enviar un reclamo sobre Solis Wellness Plan directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales puede ayudarle a ingresar en el sitio web con la computadora. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama SHINE (Atendiendo las Necesidades de Seguro de Salud de Personas Mayores).

SHINE (Atendiendo las Necesidades de Seguro de Salud de Personas Mayores) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los asesores de SHINE (Atendiendo las Necesidades de Seguro de Salud de Personas Mayores) pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHINE (Atendiendo las Necesidades de Seguro de Salud de Personas Mayores) también pueden ayudarle con preguntas o problemas de Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en LOCALIZADOR DE SHIP en el medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Información de contacto de SHINE (Atendiendo las Necesidades de Seguro de Salud de Personas Mayores)
TELÉFONO	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	SHINE Program, Department of Internal Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Florida, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con KEPRO:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención en el hogar, servicios en centros de enfermería especializada o servicios en centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Florida)
TELÉFONO	1-888-317-0751
TTY	711
DIRECCIÓN	KEPRO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal en fase terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene

preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia la dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro social para informar estas modificaciones.

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA) de Florida.

Método	Información de contacto de la Agencia de Florida para la Administración de Atención Médica (AHCA) (programa Medicaid de Florida)
TELÉFONO	1-888-419-3456 Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-955-8771 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	Agency for Health Care Administration (AHCA) 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	www.ahca.myflorida.com

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

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, como se describe a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted reúne los requisitos automáticamente para la “Ayuda adicional” de Medicare le enviaremos una carta. No tendrá que solicitarla. Si usted no reúne los requisitos automáticamente, puede obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado (para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Capítulo 2: números de teléfono y recursos importantes

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al gasto compartido, nuestro plan tiene un proceso para solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Puede solicitar ayuda para obtener la mejor evidencia disponible comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de esta Evidencia de cobertura). Si ya tiene un documento que demuestra su reunión de requisitos para “Ayuda adicional”, puede presentarlo en su próxima visita a la farmacia al surtir una receta. Cualquiera de los siguientes documentos puede servirnos como prueba o como comprobante en la farmacia:
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid con su nombre y fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Una copia de un documento estatal que confirme su estado activo de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del estado que muestre su estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Una captura pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre su estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Una copia de la carta de concesión de la SSA que demuestre que usted presentó su solicitud y que es elegible.
 - Una remesa del centro que demuestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en su nombre al centro durante un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.
 - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre que su situación institucional se basa en una estancia de al menos un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior.

Si primero muestra uno de los documentos enumerados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos también una copia. Envíe el documento por correo a:

Solis Health Plans
Attention: Enrollment Department
9250 NW 36th St., Suite 400
Doral, FL 33178

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo

Capítulo 2: números de teléfono y recursos importantes

medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.

¿Qué ocurre si tiene “Ayuda adicional” y cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia de gasto compartido de medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) de Florida.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la línea directa de VIH/SIDA al 1-800-352-2437 (inglés)/1-800-545-7432 (español)/ 1-800-243-7101 (criollo)/ 1-888-503-7118 (TTY/TDD).

El plan de pago de recetas de Medicare

El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los gastos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda del SPAP y ADAP, para quienes reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Contáctenos o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Información de contacto del plan de pago de recetas de Medicare
TELÉFONO	1-833-696-2087 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
DIRECCIÓN	Solis Health Plans MPPP Support Department 810 Sharon Dr. Westlake, OH 44145
SITIO WEB	www.solishealthplans.com

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de los planes de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (En la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta por su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), póngase en contacto con **ese administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará la cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener la cobertura de atención médica. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de salud certificados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de gasto compartido como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros de equipos y los medicamentos con receta que cubre el plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, Solis Wellness Plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Solis Wellness Plan, por lo general, cubrirá su atención médica siempre y cuando:

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

Capítulo 3: cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención en el hogar. A esto se le denomina hacer una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red del plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver a qué hacen referencia los servicios de atención de emergencia y de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo gasto compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización previa de nuestro plan **ANTES** de recibir los servicios. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente. El gasto compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el gasto compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, sus gastos compartidos no pueden exceder los gastos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el gasto compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Cuando se hace miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor dentro de la red para que sea su PCP. El Directorio de proveedores/farmacias de su plan indicará qué médico puede actuar como su PCP.

Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan. Por ejemplo, para consultar a un especialista de la red, generalmente primero necesita obtener la aprobación de su PCP (esto se llama obtener una “remisión” a un especialista).

A continuación se muestran ejemplos de servicios que requieren la aprobación de su PCP:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención por parte de médicos especialistas
- Internaciones en hospitales
- Atención médica de seguimiento

La “coordinación” de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos de proveedores de la red, debe obtener la aprobación previa de su PCP (por ejemplo, obtener una remisión). En algunos casos, su PCP tendrá que obtener la autorización previa (aprobación previa) del plan.

Para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4. Dado que su PCP brindará su atención médica y la coordinará, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP. La Sección 1.4 del Capítulo 8 le informa cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud (PHI).

¿Cómo elige al PCP?

Puede seleccionar un proveedor de atención primaria de su Directorio de proveedores/farmacias y llamar al Departamento de Servicios para Miembros con su selección. El directorio se actualiza continuamente; por lo tanto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para asegurarse de que el proveedor acepte nuevos pacientes.

El Departamento de Servicios para Miembros está disponible para ayudarle con su selección y ayudarle a encontrar un médico que satisfaga sus necesidades. El Departamento de Servicios para Miembros también puede ayudarle a verificar si un proveedor está en nuestra red de médicos. Si hay un especialista u hospital en particular que desea utilizar, verifique primero para asegurarse de que participe en el plan. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener una lista de proveedores participantes y hospitales contratados, o puede consultar nuestro Directorio de proveedores/farmacias. Toda su atención se coordinará a través de su PCP. Puede consultar su tarjeta de membresía para obtener la información de contacto de su PCP.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP.

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda para cambiar su PCP. Los cambios de PCP entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud. Recibirá una nueva tarjeta de membresía que muestra el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. También se indica en la Sección 2.3 a continuación.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin la remisión de su PCP?
--------------------	---

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata y que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tenga contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando su PCP cree que necesita tratamiento especializado, puede remitirle para consultar a un especialista u otros proveedores de la red del plan. Si está consultando a un especialista de la red para su atención, es posible que deba regresar con su PCP para obtener una remisión para servicios adicionales.

Para algunos tipos de servicios, su PCP necesitará la aprobación por adelantado de su plan (a esto se le llama “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Si desea consultar a un especialista de la red específico, verifique si su médico de atención primaria (PCP) deriva pacientes a ese especialista. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que usted puede consultar. Si su PCP actual no deriva al especialista que desea consultar, en general, puede cambiar de PCP en cualquier momento. De manera similar, si desea utilizar un hospital de la red específico, primero verifique que su PCP o los médicos que planea consultar utilicen estos hospitales.

Cuando tomamos nuestra decisión, nos basamos en dos cosas. En primer lugar, están las normas de Medicare. En segundo lugar, existen estándares generalmente aceptados de práctica médica. Estos estándares están probados y aceptados por quienes practican y estudian la medicina. También, debemos asegurarnos de que usted reciba la atención más rentable. Esto significa que no cuesta más que otra opción que funcione igual de bien. Pero, además, necesitamos que sea adecuado para usted. Y que lo reciba en el lugar y el número de veces adecuados. Por último, no podemos aprobar un servicio sólo porque sea más conveniente que otra opción. Debe obtener nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no están en nuestro plan, a menos que sea para atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, consulte nuestra herramienta Buscar un proveedor en línea o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si lo remiten o cree que necesita utilizar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener aprobación antes de recibir atención.

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos siempre que usted esté asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo terapias o tratamiento médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo continúen, y nos aseguraremos de colaborar con usted para esto.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Nos ocuparemos de cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con gastos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Debe obtener autorización del plan antes de buscar atención.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará de participar en el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red
--------------------	---

Su PCP o plan debe darle aprobación por adelantado antes de que pueda utilizar proveedores que no están en la red del plan. Para obtener más información sobre esto y situaciones en las que puede consultar a un proveedor fuera de la red sin aprobación previa (como una emergencia), consulte las Secciones 2.2. y 3 de este capítulo.

Capítulo 3: cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Si no tiene aprobación previa antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo. Para algunos tipos de servicios, su médico necesitará la aprobación por adelantado de su plan (a esto se le llama “autorización previa”). Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que facture al plan primero. Sin embargo, si ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos a usted nuestra parte del gasto compartido por los servicios cubiertos. En otro caso, si un proveedor fuera de la red le envía una factura que cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la consideremos. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

Nota: Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal en fase terminal (ESRD) que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores contratados especializados en ESRD.

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

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

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

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga la aprobación o una remisión previa de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede obtener atención médica

Capítulo 3: cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan también ofrece cobertura de emergencia en todo el mundo; se aplican limitaciones; consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 de este documento.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre los servicios de atención de emergencia que haya recibido, idealmente, dentro de las 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de membresía.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez pasada la emergencia, tiene derecho a recibir atención médica de seguimiento para asegurarse de que su afección sigue estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para brindarle atención adicional. El plan cubre la atención médica de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

No obstante, una vez que el médico haya identificado que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- – *O bien*, – la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de miembro o visite nuestro sitio web para acceder a nuestro directorio en línea donde se pueden realizar búsquedas. Si desea recibir por correo un Directorio de proveedores/farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o solicitar uno en nuestro sitio web.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: si viaja fuera de los Estados Unidos por menos de seis meses. Los medicamentos con receta adquiridos fuera del país no están cubiertos ni siquiera para atención de emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre
--------------------	--

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

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

Si no puede consultar a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red con gastos compartidos dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos
--------------------	--

Si pagó más de lo que le correspondía del gasto compartido de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total
--------------------	--

Solis Wellness Plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar los costos una vez que se haya alcanzado el límite de beneficios no contará para el máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado una “prueba clínica”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Capítulo 3: cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que está en una prueba clínica calificada, entonces solo será responsable del gasto compartido dentro de la red por los servicios en esa prueba. Si pagó más de lo que le corresponde, por ejemplo, si ya pagó el monto del gasto compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el gasto compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos demuestre cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, una prueba clínica o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con evidencia de desarrollo (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Medicare Original para los inscritos en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en pruebas clínicas calificadas por Medicare.

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

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?
--------------------	--

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del gasto de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el gasto compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

Capítulo 3: cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó del gasto compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar una solicitud de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el gasto compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Luego, notificará a su plan que recibió un servicio de prueba clínica calificada y presentará documentación al plan, como una factura del proveedor. El plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las CT mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.
- Los productos y servicios son proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier inscrito en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Sección 6.2	Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica
--------------------	---

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o tratamiento médico no exceptuado es cualquier atención *voluntaria y no requerida* por ninguna ley federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médico que no se considera voluntario o requerido por ninguna ley federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará la siguiente condición:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Y, debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de Medicare para pacientes internados (consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Puede quedarse con los equipos médicos duraderos después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Solis Wellness Plan, normalmente no adquirirá la propiedad de los productos de DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el producto mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el producto de DME bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

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

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

Ejemplo n.º 1: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el producto en Medicare Original y, luego, se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo n.º 2: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el producto en Medicare Original y, luego, se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el producto una vez que se inscriba nuevamente en Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Solis Wellness Plan cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona Solis Wellness Plan o ya no necesita equipo de oxígeno por razones médicas, entonces deberá devolver el equipo de oxígeno.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (aún es responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma empresa o cambiar a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que le exige pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Solis Wellness Plan. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede llegar a tener que pagar por los servicios cubiertos
--

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

- Un **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa beneficiario calificado de Medicare (QMB) no pagan nunca deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor el comprobante de elegibilidad para Medicaid o para el QMB, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?
--

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025 este monto es de \$2,500.

Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por sus y por los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo de \$2,500 que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más gastos de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos dentro de la red. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos
--------------------	---

Como miembro de Solis Wellness Plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de gastos compartidos cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales separados, llamados **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si los gastos compartidos son un copago (un monto determinado de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces, paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto prestado por un proveedor de la red.
- Si los gastos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces, nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, los gastos dependen del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que colabora con Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una recomendación o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no colabora con Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una remisión o para emergencias o fuera del área de servicio para servicios de urgencia).
- Si considera que un proveedor le facturó saldos, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por Solis Wellness Plan y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, suministros, equipos y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una atención de emergencia o urgencia, o que el plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina hacer una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie, en cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que

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

pagaría en Medicare Original. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual Medicare & You 2025 (Medicare y usted 2025). Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios de prevención que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un control debido a una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha afección médica.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá estos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 2 meses de elegibilidad continuada determinada de nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan y los montos del gasto compartido no cambiarán durante este período.
- Si se le diagnostican las afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios enumerados, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

○ Dependencia crónica de alcohol y otras drogas ○ Trastornos autoinmunes, limitados a: - Poliarteritis nudosa - Polimialgia reumática - Polimiositis - Artritis reumatoide - Lupus eritematoso sistémico ○ Cáncer, excluidas las afecciones precancerosas o el estadio in situ ○ Trastornos cardiovasculares, limitados a: - Arritmias cardíacas - Enfermedad de la arteria coronaria - Enfermedad vascular periférica - Enfermedad tromboembólica venosa crónica	○ Insuficiencia cardíaca congestiva ○ Demencia ○ Diabetes mellitus ○ Enfermedad hepática terminal ○ Enfermedad renal terminal (ESRD) que necesita diálisis ○ Trastornos hematológicos (de la sangre) graves, limitados a: - Anemia aplásica - Hemofilia - Púrpura trombocitopénica inmune - Síndrome mielodisplásico - Enfermedad de células falciformes (excluyendo el rasgo células falciformes), - Enfermedad tromboembólica venosa crónica ○ VIH/SIDA
---	---

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

- Hipertensión
 - Trastornos pulmonares crónicos, limitados a:
 - Asma
 - Bronquitis crónica
 - Enfisema
 - Fibrosis pulmonar
 - Hipertensión pulmonar
 - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, limitadas a:
 - Trastornos bipolares
 - Trastornos depresivos graves
 - Trastorno paranoico
 - Esquizofrenia y
 - Trastorno esquizoafectivo.
 - Trastornos neurológicos, limitados a:
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
 - Epilepsia
 - Parálisis extensa (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
 - Enfermedad de Huntington
 - Esclerosis múltiple
 - Enfermedad de Parkinson
 - Polineuropatía
 - Estenosis espinal
 - Déficit neurológico relacionado con el accidente cerebrovascular
 - Paro cardíaco
- Además de tener una de las afecciones crónicas enumeradas anteriormente, debe completar una Evaluación de riesgos para la salud (HRA) para que el plan determine su elegibilidad para los SSBCI. Los criterios de elegibilidad para los SSBCI incluyen: (1) padecer una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que pongan en peligro su vida o limiten significativamente su salud o función general; (2) supongan un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y (3) requieran una coordinación intensiva de la atención. Para ver si califica para este beneficio, comuníquese con Solis Health Plans al 1-833-200-9697 (TTY: 711), lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. La elegibilidad para los beneficios de los SSBCI puede demorar hasta 90 días a partir de la fecha de vigencia. No todos los miembros reúnen los requisitos.
 - Consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la siguiente Tabla de beneficios médicos para obtener más información.
 - Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



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

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una recomendación para ella de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico. Los servicios cubiertos incluyen: Los beneficiarios de Medicare tienen cubiertas hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren mejoría. No se podrán administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), profesionales en enfermería (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (según se identifica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • una maestría o un título de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y,	Copago de \$0 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. Copago de \$0 por cada consulta de acupuntura no cubierta por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los EE. UU. o el distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA, o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) Servicios adicionales de acupuntura También cubrimos hasta 24 visitas de acupuntura cada año para tratar afecciones además del dolor lumbar crónico. <i>Es posible que se requiera autorización previa después de la visita número 12.</i>	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. <i>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</i>	Copago de \$200 por cada viaje de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. <i>El copago no se aplica si es ingresado en el hospital.</i> Coseguro del 20% por cada viaje de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare.
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año. Nota: No puede hacer su primera consulta anual de bienestar dentro de los 12 meses de haber hecho la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	
 Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Un mamografías inicial entre los 35 y 39 años • Un mamografías de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago o deducible para mamografías de detección cubiertos.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una recomendación del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Copago de \$0 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede hablarle sobre el uso de la aspirina (si corresponde), controlar	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
su presión arterial y darle algunos consejos para asegurarse de que se alimente de manera saludable. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago o deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 Prueba de detección del cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o ha obtenido, en los últimos 3 años, un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago o deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación de la columna para corregir una subluxación. • También, cubrimos visitas quiroprácticas de rutina ilimitadas cada año. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	Copago de \$0 por cada consulta de atención quiropráctica cubierta por Medicare. Copago de \$0 por cada consulta quiropráctica de rutina no cubierta por Medicare.
 Prueba de detección del cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal, y una cada 24 meses para	No se requiere coseguro, copago o deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen un alto riesgo después de una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo en el último enema de bario o sigmoidoscopia flexible. • Prueba de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores basados en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin riesgo alto de 45 años o más. Al menos, una vez cada 48 meses después del último enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a copagos. Copago de \$0 por una colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare en un centro no hospitalario. Copago de \$85 por una colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos. Copago de \$0 por cada enema de bario de detección cubierto por Medicare.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, controles de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra	Copago de \$0 por los servicios dentales cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios dentales complementarios no cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos servicios dentales que no están cubiertos por Medicare Original. Nuestro plan cubre hasta \$3,500 cada año para servicios dentales integrales y preventivos cubiertos. Para obtener una lista completa de los servicios dentales cubiertos, los requisitos de cobertura y las limitaciones, consulte la tabla de beneficios dentales complementarios que sigue a esta tabla de beneficios médicos. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i> <i>Este plan también ofrece una Asignación Flexible en una tarjeta prepaga para pagar los gastos de bolsillo de servicios dentales, oftalmológicos o auditivos cubiertos adicionales. Consulte Asignación Flex (dental, de la vista y la audición) en este cuadro de beneficios para obtener más información.</i>	
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar recomendaciones o tratamiento de seguimiento. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago o deducible para la consulta anual de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluido el examen de glucemia en ayunas) si usted presenta 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 sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago o deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, se ofrece lo siguiente: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Este plan cubre únicamente las tiras reactivas de glucosa en sangre y los glucómetros Lifescan y Trividia. En general, las marcas alternativas no están cubiertas a menos que su médico le brinde información adecuada de que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario. Se requiere autorización para tiras reactivas que superen las 100 tiras cada 30 días. El monitor continuo de glucosa (CGM) preferido del plan es FreeStyle Libre. No cubriremos las marcas alternativas a menos que su médico le brinde información adecuada de que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario. Los suministros para diabéticos DEBEN comprarse en una farmacia minorista de la red para que estén cubiertos. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	Copago de \$0 por cada una Suministro cubierto por Medicare para controlar la glucosa en sangre. Copago de \$0 por zapatos y plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipos médicos duraderos, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).	Coseguro del 20% para respiradores, estimuladores de crecimiento óseo, concentradores de oxígeno portátiles, equipos bariátricos,

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. En nuestro sitio web www.solishealthplans.com está la lista de marcas y fabricantes de DME que cubriremos. Por lo general, Solis Wellness Plan cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y los fabricantes que aparecen en esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Solis Wellness Plan y utiliza una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca durante 90 días como máximo. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo recomiende para recibir una segunda opinión). 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 adecuado para su afección médica. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 (<i>Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]</i>) <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	camas especiales, sillas de ruedas personalizadas, elevadores de asientos y productos de marcas especiales cubiertos por Medicare. Coseguro del 0% para todos los demás DME. Su gasto compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% cada mes. Si antes de inscribirte en nuestro plan había realizado 36 meses de pago de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su gasto compartido en nuestro plan es del 20%.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Y, son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud	Copago de \$75 por cada visita a la sala de emergencias. Copago de \$75 por atención de emergencia en todo el mundo (es decir, fuera de los EE. UU.). <i>No se aplica el copago si lo ingresan en un hospital</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente. Los gastos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Usted tiene cobertura para atención de emergencia a nivel mundial. La cobertura está limitada a \$75,000 cada año para atención de emergencia en todo el mundo. Este es un beneficio complementario y no está cubierto por el programa federal de Medicare. Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar la solicitud a Solis Health Plans para obtener un reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.	<i>por la misma afección dentro de las 24 horas.</i> Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención de pacientes internados después de haberse estabilizado su afección de emergencia, debe recibir la atención de pacientes internados en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.
Asignación Flex (dental, de la vista y la audición) Tiene una asignación trimestral de \$250 en una tarjeta prepaga para usar en gastos de bolsillo en servicios dentales, oftalmológicos y auditivos cubiertos. El monto de la asignación se acumula de un trimestre a otro y vence al final del año calendario. • Esta asignación se puede utilizar en proveedores dentales, oftalmológicos y auditivos dentro de la red que acepten pagos con tarjeta. • Si un servicio no está cubierto por el plan, esta asignación no se puede utilizar para pagar ese servicio. Se pueden aplicar limitaciones y restricciones • Los montos de las asignaciones no se pueden combinar con otras asignaciones de beneficios que puedan estar en la tarjeta prepaga. • Recuerde guardar los recibos. Solis Health Plans se reserva el derecho de revisar todas las compras. • La Asignación flexible es sólo para su uso personal.	Copago de \$0

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programas de educación sobre salud y bienestar El plan ofrece los siguientes programas complementarios de educación y bienestar: • El programa de Educación sobre la Salud está diseñado para ayudar a los inscritos a desarrollar conocimientos y habilidades de autocuidado y fomentar la motivación y la confianza necesarias para utilizar esas habilidades para mejorar y mantener la salud. Los servicios educativos son proporcionados por educadores de salud certificados u otros profesionales autorizados e incluyen el suministro de información sobre procesos de enfermedades específicas, tratamientos y terapias con medicamentos, signos y síntomas a los que hay que prestar atención, estrategias y técnicas de autocuidado, restricciones dietéticas y asesoramiento nutricional a través de materiales escritos y sesiones de entrenamiento telefónico interactivo individualizado. La educación sobre la salud está disponible y se ofrece a todos los inscritos para quienes se identifica la necesidad de educación sobre una enfermedad o afección específica a través de una evaluación de riesgos para la salud o una remisión generada por un médico o por ellos mismos. • Educación nutricional y dietética: cubrimos sesiones ilimitadas de asesoramiento nutricional, con una remisión de su médico, para abordar cambios en su comportamiento que podrían mejorar una afección médica que tenga. • Línea directa de enfermería: consulte la Línea directa de enfermería para obtener más detalles. • Programa de entrenamiento: consulte Silver&Fit para obtener más detalles <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	Copago de \$0 para programas de salud y bienestar.
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Copago de \$0 por cada examen de audición cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente: • Exámenes de audición de rutina ilimitados • Evaluación y adaptación de audífonos • Subsidio para audífonos: \$1,000 para ambos oídos combinados por año para audífonos recetados <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i> <i>Este plan también ofrece una Asignación Flexible en una tarjeta prepaga para pagar los gastos de bolsillo de servicios dentales, oftalmológicos o auditivos cubiertos adicionales. Consulte Asignación Flex (dental, de la vista y la audición) en este cuadro de beneficios para obtener más información.</i>	Copago de \$0 por cada examen de audición de rutina no cubierto por Medicare. Copago de \$0 por cada evaluación o ajuste de audífonos no cubierta por Medicare. Copago de \$0 por audífonos recetados.
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. En el caso de mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención en el hogar y solicitará que una agencia de atención en el hogar le brinde estos servicios. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa implica un esfuerzo importante. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención en el hogar en forma intermitente o de medio tiempo (para que estén cubiertos en virtud del beneficio de atención en el hogar, los servicios de enfermería especializada y de atención en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Copago de \$0 por cada servicio de atención médica domiciliaria cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su 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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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 equipos médicos duraderos. • 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. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$0 por servicios profesionales, capacitación y educación para pacientes, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. Coseguro del 0% al 20% según el equipo para productos DME cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% para medicamentos de quimioterapia cubiertos de la Parte B de Medicare y otros medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare (incluidos ciertos medicamentos que se usan con nebulizadores y bombas de infusión intravenosa). Algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo.
Cuidados para enfermos terminales Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico/la médica del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Medicare Original, y no Solis Wellness Plan, paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Copago de \$0 por una visita de consulta única con su PCP o un especialista antes de seleccionar hospicio.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando lo admiten en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará el gasto compartido de Medicare Original. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibir los servicios, solo pagará el monto de gasto compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el gasto compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original). <u>Para los servicios cubiertos por Solis Wellness Plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Solis Wellness Plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del gasto compartido de su plan por estos servicios.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el gasto compartido. Si están relacionados con su afección terminal de hospicio, entonces usted paga el gasto compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</u> Nota: Si necesita atención médica fuera del hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
 Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la pulmonía. • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en el otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8, para obtener información adicional. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. Usted está cubierto durante 91 días de atención hospitalaria para pacientes internados médicamente necesaria en cada período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para pacientes internados por trastornos por uso de sustancias. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran en un lugar alejado de la comunidad, puede elegir un lugar local, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos	Por cada hospitalización para pacientes internados cubierta por Medicare, usted paga: Copago de \$30 por día, para los días 1 a 5 por admisión Copago de \$0 por día, para los días 6 a 91 por admisión Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, el costo que le corresponderá pagar será el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Solis Wellness Plan brinda servicios de trasplante en un lugar alejado de su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios médicos Nota: Para ser considerado un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para que lo admitan formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Es usted un paciente internado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar 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. Limitaciones/restricciones: Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital para pacientes internados cubierto por Medicare (incluido un hospital psiquiátrico, un hospital de cuidados agudos a largo plazo y un hospital de rehabilitación o recibe atención especializada en un centro de atención de enfermería especializada [SNF]). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Un período de beneficios puede incluir múltiples ingresos. Se aplicará un copago por ingreso hasta agotar el beneficio. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. El plan cubre hasta 190 días de atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes internados durante toda la vida. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes internados prestados en un hospital general. Limitaciones/restricciones: El plan cubre 90 días por cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital para pacientes internados cubierto por Medicare (incluido un hospital psiquiátrico, un hospital de cuidados agudos a largo plazo y un hospital de rehabilitación o recibe atención especializada en un centro de atención de enfermería especializada [SNF]). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Un período de beneficios puede incluir múltiples ingresos. Se aplicará un copago por ingreso hasta agotar el beneficio. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Por cada hospitalización psiquiátrica para pacientes internados cubierta por Medicare, usted paga: Copago de \$30 por día, para los días 1 a 5 por admisión. Copago de \$0 por día, para los días 6 a 90 por admisión.
Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).	Cuando su estadía como paciente internado no está cubierta, usted pagará el costo de los servicios recibidos como se describe en este cuadro de beneficios. El plan no paga días adicionales de hospitalización después de que finaliza el período de beneficios y se han utilizado los días de reserva de por vida.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	
Programas de comidas Comidas posteriores al alta: inmediatamente después de una hospitalización o cirugía como paciente internado, usted es elegible para recibir 2 comidas por día durante 7 días. No hay límite para la cantidad de eventos clasificatorios. Comidas para afecciones crónicas: si le han diagnosticado diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión o insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), es elegible para recibir 3 comidas al mes por diagnóstico, según lo solicite su PCP. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$0 por programas de comidas.
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una remisión del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
plan, cualquier plan Medicare Advantage u Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambios en el comportamiento relacionados con la salud que brinda capacitación práctica sobre cambios a largo plazo en la alimentación, la realización de más actividad física y estrategias para la resolución de problemas frente a los desafíos que se puedan presentar a la hora de mantener el peso y un estilo de vida saludable. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, pacientes ambulatorios o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada como un producto de equipos médicos duraderos (por ejemplo, una bomba de insulina medicamento necesaria). • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los	Coseguro del 20% para Medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. Copago de \$0 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
medicamentos, es posible que necesite realizarse exámenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre qué exámenes y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Trasplante/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (la forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del fármaco inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene una enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado: www.solishealthplans.com También cubrimos vacunas de la parte B y en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Línea directa de enfermería Solis Health Plans ofrece una línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ofrecer asesoramiento y atención sobre síntomas o preguntas relacionadas con la salud. Llame al 1-833-371-9569 (TTY/TDD:711)	Copago de \$0 para la línea directa de enfermería.
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago o deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del Programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para tratamiento asistido por medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. • Suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$40 por cada servicio de tratamiento por consumo de opioides cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas diagnósticas, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales para los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$0 por radiografías cubiertas por Medicare en un centro no hospitalario. Copago de \$50 por radiografías cubiertas por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos. Coseguro del 20% por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios de radiología de diagnóstico (imágenes avanzadas) cubiertos por Medicare en un centro no hospitalario. Copago de \$90 por servicios de radiología de diagnóstico (imágenes avanzadas) cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos. Copago de \$0 por los suministros médicos cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos de sangre, almacenamiento de sangre, procesamiento y manipulación. Copago de \$0 por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare en un centro no hospitalario.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Copago de \$90 por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos.
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias estatales y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del gasto compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Es usted un paciente internado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar 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. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$50 por estadía por cada servicio de sala de observación en un hospital para pacientes externos.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del gasto compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Es usted un paciente internado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar 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. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$85 por cada servicio de cirugía en un hospital para pacientes externos. Copago de \$50 por estadía por cada servicio de sala de observación en un hospital para pacientes externos. Copago de \$55 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por los suministros médicos cubiertos por Medicare en un hospital para pacientes externos. Su gasto compartido para visitas a la sala de emergencias, pruebas de diagnóstico para pacientes externos, servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios y pruebas de laboratorio se enumeran bajo esos productos en otra parte de este cuadro. Consulte la sección de medicamentos de la Parte B de Medicare para obtener detalles sobre ciertos medicamentos y productos biológicos.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), profesional en enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	Copago de \$20 por cada sesión, individual o grupal, de psiquiatría para pacientes externos cubierta por Medicare. Copago de \$20 por cada sesión de salud mental para pacientes externos, individual o grupal, cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$10 por cada servicio de terapia ocupacional cubierto por Medicare en un centro no hospitalario. Copago de \$40 por cada servicio de terapia ocupacional cubierto por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos. Copago de \$10 por cada servicio de fisioterapia y terapia del habla cubierto por Medicare en un centro no hospitalario. Copago de \$40 por cada servicio de fisioterapia y terapia del habla cubierto por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios por trastornos por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Atención de salud mental para pacientes externos para el diagnóstico o tratamiento de trastornos relacionados con el abuso de sustancias. Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	Copago de \$40 por cada sesión cubierta por Medicare de terapia individual o grupal.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente externo. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$85 por cada cirugía para pacientes externos cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos. Copago de \$0 por cada cirugía para pacientes externos cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.
Productos de venta libre El beneficio cubre solo artículos que se alinean con las pautas de CMS y están en la lista de productos aprobados del plan. Los productos de venta libre (OTC) incluyen medicamentos sin receta, también conocidos como medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud. Estos productos son para uso personal del miembro. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener detalles adicionales sobre los beneficios o para obtener un catálogo.	Este plan cubre hasta \$110 cada mes para productos OTC aprobados. Los montos no utilizados vencen al final de todos los meses.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
PAPA® (Apoyo/acompañamiento en el hogar) Papa ofrece servicios de apoyo en el hogar con tareas diarias para los miembros proporcionados por Papa Pals. Pals puede ayudar con los siguientes servicios: Papa conecta a los miembros con Pals para brindarles compañía y asistencia con actividades y tareas cotidianas, como la conversación, la asistencia con la tecnología, la limpieza superficial, la lavandería, la organización, el transporte para recados y más.	Copago de \$0 por 60 horas en total por año (hasta un máximo de 5 horas por mes).
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), o del consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización. El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o en el consultorio de un consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$55 por cada visita de hospitalización parcial cubierta.
Examen físico (de rutina) Examen físico de rutina anual Además de la visita anual de bienestar o la visita anual de Bienvenida a Medicare, usted tiene cobertura para realizar un examen físico de rutina por año. El examen físico de rutina incluye un examen integral y una evaluación de su estado de salud y sus enfermedades crónicas. Tenga en cuenta lo siguiente: Es posible que se aplique un costo compartido adicional para los servicios y las pruebas que se realicen durante su visita, según lo que se indica para cada servicio en este cuadro médico.	Copago de \$0

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: Servicios de telesalud cubiertos por Medicare brindados por su proveedor de atención primaria (PCP) o un especialista. ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal (ESRD) para miembros que utilizan servicios de diálisis en el hogar que se encuentren en centros de diálisis renal en hospitales o de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el hogar. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud.	Copago de \$0 por cada visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP) cubierta. Copago de \$0 por cada visita al consultorio de un especialista cubierta.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. ● Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados por el gobierno federal. ● Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si ○ No es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El control no conduce a una consulta dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. ● Evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: ○ 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 consulta dentro de las 24 horas o a la cita más próxima disponible. ● Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico. ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. ● Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	<i>Es posible que se requiera una remisión.</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. También, está cubierto para visitas de rutina complementarias ilimitadas para el cuidado de los pies. La cobertura de beneficios incluye lo siguiente: • Recorte de uñas y otros cuidados higiénicos/preventivos. • Eliminación o corte de callos o durezas. <i>Es posible que se requiera una remisión. No se requiere autorización para la evaluación inicial y los primeros 17 tratamientos/visitas. Es posible que se requiera autorización para visitas posteriores.</i>	Copago de \$0 por cada visita de podología cubierta por Medicare. Copago de \$0 por cada visita de podología de rutina complementaria.
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o mayores, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA). <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago o deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA).

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, evaluación, adaptación, o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	Coseguro del 20% por cada dispositivo protésico cubierto por Medicare. Copago de \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una recomendación del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$0 por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
 Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles deben: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes por año; o ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección del cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección del cáncer de pulmón LDCT después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección del cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago o deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También, cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico. <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	Copago de \$0 por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% por cada tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Programa de ejercicio y envejecimiento saludable Silver&Fit® Este programa se ofrece a beneficiarios elegibles de Medicare Advantage y a jubilados grupales. Como miembro de Silver&Fit, tiene las siguientes opciones disponibles sin costo alguno para usted: • Puede visitar un gimnasio participante o YMCA cerca de usted que participe en el programa.* También, tiene acceso a Premium Fitness Network, que incluye opciones adicionales de centros de acondicionamiento físico y estudios, y experiencias únicas como centros de natación, gimnasios para escalar rocas y centros de remo, cada uno con un precio de compra. Muchos centros de acondicionamiento físico participantes también pueden ofrecer clases de bajo impacto centradas en mejorar y aumentar la fuerza y resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, la amplitud de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación. • Usted es elegible para recibir un kit de ejercicios para el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de ejercicios. • Entrenamientos digitales: Puede ver videos a pedido a través de la biblioteca de ejercicios digitales del sitio web, incluidas las clases Silver&Fit Signature Series®. • La herramienta Silver&Fit Connected™ le sirve para seguir su actividad. • Recompensas, como sombreros y alfileres, por alcanzar nuevos hitos. ¡El programa Silver&Fit tiene algo para todos®! *Los servicios no estándar que requieren una tarifa adicional no son parte del programa Silver&Fit y no serán reembolsados. **American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) no tiene afiliaciones, intereses, respaldos o patrocinios con ninguna de las organizaciones o clubes. Algunos clubes pueden exigir una tarifa para unirse. Dichas tarifas	Copago de \$0 para el programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
no forman parte de los programas Silver&Fit y ASH Fitness no las reembolsará. El programa Silver&Fit es proporcionado por ASH Fitness, una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series, Silver&Fit Connected! y Something for Everyone son marcas comerciales de ASH. Es posible que se apliquen limitaciones, cargos por miembro y restricciones. La participación en el centro de acondicionamiento físico puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada: Los centros de enfermería especializada suelen denominarse SNF). El plan cubre 100 días por período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales	Por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare, usted paga: Un copago de \$0 cada día, durante los días 1 a 20 por admisión. Copago de \$150 por cada día durante los días 21 a 100 por admisión.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar gastos compartidos dentro de la red por atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital. Limitaciones/restricciones: Se requiere una hospitalización de 2 días antes del ingreso. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital para pacientes internados cubierto por Medicare (incluido un hospital psiquiátrico, un hospital de cuidados agudos a largo plazo y un hospital de rehabilitación o recibe atención especializada en un centro de atención de enfermería especializada [SNF]). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Un período de beneficios puede incluir múltiples ingresos. Se aplicará un copago por ingreso hasta agotar el beneficio. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro consultas en persona. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el gasto compartido aplicable. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro consultas en persona. Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente: • 12 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco cada año. • Terapia de reemplazo de nicotina (NRT) disponible a través de nuestro beneficio de venta libre (OTC). <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por sesiones de asesoramiento para dejar de fumar y de fumar que no estén cubiertas por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Los siguientes beneficios están disponibles para todos los miembros que cumplan con las pautas de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Debe cumplir con los criterios de la sección 2.1 de este capítulo para ser elegible para este beneficio. Asignación de vida saludable Recibirá una asignación mensual de \$100 cargada en una tarjeta prepaga. La asignación se puede utilizar para comprar productos aprobados en establecimientos minoristas participantes. Esto incluye:	Copago de \$0 para beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Alimentos y productos, como productos lácteos, carnes, pan/cereales y productos agrícolas. • Suministros para mascotas, como alimentos para mascotas, arena para mascotas y productos para el cuidado de mascotas. Excluye servicios de aseo y veterinarios. • Servicios de control de plagas, proporcionados por una empresa de control de plagas autorizada. • Transporte no médico, como transporte público, taxi, Uber, Lyft, etc. • Gastos de subsistencia mensuales, como pagos de teléfono, alquiler/hipoteca, servicios públicos, Internet, etc., donde se aceptan pagos con tarjeta. El monto de la asignación se carga en su tarjeta prepaga una vez que se haya verificado la calificación de SSBCI. El monto de la asignación comienza el día 1 del mes siguiente a la verificación y no se acumula para el mes o año siguiente.	
Terapia de ejercicios supervisada (SET) La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que comprendan un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los riesgos y por quienes estén capacitados en la terapia de ejercicios para PAD. • Brindarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica quienes deben estar capacitados en las técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas.	Copago de \$0 por cada servicio de terapia de ejercicios supervisada cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Después de las primeras 36 sesiones en un período de 12 semanas, es posible que se cubran 36 sesiones más de SET durante un período extendido, siempre que el proveedor de atención médica considere que es médicamente necesario. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i>	
Servicios de transporte Tiene cobertura para viajes ilimitados de ida, que no sean de emergencia, a ubicaciones aprobadas por el plan dentro del área de servicio del plan. Las ubicaciones aprobadas por el plan son solo para citas médicas, como visitas al PCP y a especialistas, o para dejar y recoger a pacientes para procedimientos médicos planificados (es decir, extracción de sangre de rutina, cirugía, radiografías, exámenes oculares de rutina). El transporte se realiza en taxi, viaje compartido, autobús/metro, camioneta y transporte médico.	Copago de \$0 por viaje(s) de ida ilimitados a lugares aprobados por el plan cada año.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle gastos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.	Copago de \$0 por visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma son aquellas con historial familiar de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o mayores y los hispanoamericanos de 65 años o mayores. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Además del beneficio cubierto por Medicare, el plan también brinda servicios de la vista adicionales no cubiertos por Medicare Original: • Un (1) examen de la vista de rutina por año • Tiene la opción de elegir uno de los siguientes: - Asignación de \$250 cada año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) O BIEN, - Dos (2) pares de anteojos seleccionados cada año sin costo. Cualquier mejora adicional en las lentes de los pares seleccionados correrá por su cuenta. <i>Es posible que se requiera una remisión o autorización.</i> <i>Este plan también ofrece una Asignación Flexible en una tarjeta prepaga para pagar los gastos de bolsillo de servicios dentales, oftalmológicos o auditivos cubiertos adicionales. Consulte Asignación Flex (dental, de la vista y la audición) en este cuadro de beneficios para obtener más información.</i>	Copago de \$0 por cada una Examen cubierto por Medicare. Copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año. Copago de \$0 por anteojos cada año hasta el monto de la asignación.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones a otro tipo de atención cuando sea necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.

Beneficio dental complementario

Este plan cubre hasta **\$3,500** cada año para servicios dentales integrales y preventivos cubiertos. El siguiente cuadro es una lista completa de los procedimientos dentales por los cuales se pagan beneficios según este plan. El plan no permite beneficios alternativos. Los procedimientos dentales por razones cosméticas o estéticas no están cubiertos. Los miembros deben utilizar un proveedor dentro de la red para recibir beneficios. Si es elegido, el miembro es responsable de todos los procedimientos no cubiertos. Los servicios integrales requieren autorización previa y están señalados con un asterisco (*).

Los criterios de implante son los siguientes:

1. Criterios generales para implantes dentales

- Diagnóstico y necesidad: el paciente debe tener un diagnóstico documentado que respalde la necesidad de implantes dentales. Esto puede incluir dientes perdidos debido a un traumatismo, ausencia congénita, caries graves o enfermedad periodontal.

Indicaciones clínicas:

- Ausencia de uno o más dientes con estructura ósea adecuada para soportar el implante.
- Fallo de otras prótesis dentales (p. ej., dentaduras postizas o puentes).
- Incapacidad para llevar prótesis removibles por motivos anatómicos o psicológicos.
- Tratamientos previos: documentación de tratamientos anteriores y por qué fueron inadecuados o inapropiados.
- Antecedentes médicos: historia médica completa que indique que el paciente es un candidato adecuado para la cirugía (p. ej., no fumador, diabetes controlada, sin contraindicaciones como terapia con bifosfonatos).

2. Criterios específicos para códigos de procedimientos de implantes dentales

- Cantidad y calidad ósea: altura, ancho y densidad ósea adecuada para soportar el implante sin injertos adicionales.
- Evidencia radiográfica: radiografías recientes (panorámicas o CBCT) que muestren suficiente estructura ósea.
- Estado de salud: sin afecciones de salud que contraindiquen (p. ej., diabetes no controlada, cáncer activo, estado inmunodeprimido).

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
<i>Evaluaciones clínicas orales</i>		
D0120	Evaluación oral periódica: paciente regular	
D0140	Evaluación oral limitada: problema específico	
D0145	Evaluación oral para un paciente menor de tres años y asesoramiento con un cuidador principal	
D0150	Examen oral integral	
D0160	Evaluación oral detallada y extensa: problema específico, por informe	
D0180	Evaluación periodontal integral	

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
<i>Diagnóstico por imagen</i>		
D0210	Intraoral: serie completa de radiografías	1 de D0210 o D0330 cada 3 años
D0220	Intraoral: radiografía periapical, primera radiografía	
D0230	Intraoral: radiografía periapical, cada radiografía adicional	
D0240	Intraoral: radiografía oclusal	
D0250	Extraoral: primera radiografía	
D0260	Extraoral: cada radiografía adicional	
D0270	Radiografía con aleta de mordida: una sola radiografía	
D0272	Radiografías con aleta de mordida: dos radiografías	
D0273	Radiografías con aleta de mordida: tres radiografías	
D0274	Radiografías con aleta de mordida: cuatro radiografías	
D0277	Radiografías con aleta de mordida verticales: de 7 a 8 radiografías	
D0290	Radiografía de estudio de los huesos faciales y del cráneo en vista posterior-anterior o lateral	
D0321	Otra radiografía de la articulación temporomandibular, por informe	
D0322	Imágenes por tomografía	
D0330	Radiografía panorámica	1 de D0210 o D0330 cada 3 años
D0340	Radiografía cefalométrica	
D0350	Imágenes fotográficas orales/faciales	
<i>Pruebas y exámenes</i>		
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	
D0425	Pruebas de susceptibilidad a las caries	
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	
D0470	Moldes de diagnóstico	
<i>Preventivos</i>		
<i>Profilaxis dental</i>		
D1110	Profilaxis: adultos	
<i>Tratamiento tópico con fluoruro (procedimiento en el consultorio)</i>		
D1206	Aplicación tópica de barniz de fluoruro; Aplicación terapéutica para pacientes con riesgo de caries de moderado a alto	
D1208	Aplicación tópica de fluoruro	

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
Otros servicios preventivos		
D1320	Asesoramiento sobre tabaco	
D1330	Instrucciones para la higiene oral	
Restauración (empastes)		
Restauraciones de amalgama (incluido el pulido)		
D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	
D2150	Amalgama: dos superficies, primaria o permanente	
D2160	Amalgama: tres superficies, primaria o permanente	
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, primaria o permanente	
Restauraciones directas con compuestos a base de resina		
D2330	Resina: una superficie, anterior	
D2331	Resina: dos superficies, anterior	
D2332	Resina: tres superficies, anterior	
D2335	Resina: cuatro o más superficies, anterior o que involucra el ángulo incisal	
D2390	Compuesto a base de resina: corona, anterior	
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior	
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posterior	
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posterior	
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro superficies, posterior	
Corona/Inlay/Onlay*		
Restauraciones de incrustaciones Inlay/Onlay*		
D2610	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, una superficie	1 por diente cada 5 años
D2620	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, dos superficies	1 por diente cada 5 años
D2630	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, tres o más superficies	1 por diente cada 5 años
D2642	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, dos superficies	1 por diente cada 5 años
D2643	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, tres superficies	1 por diente cada 5 años
D2644	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	1 por diente cada 5 años
D2650	Incrustación inlay: compuesto a base de resina, una superficie	1 por diente cada 5 años
D2651	Incrustación inlay: compuesto a base de resina, dos superficies	1 por diente cada 5 años

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
D2652	Incrustación inlay: compuesto a base de resina, tres o más superficies	1 por diente cada 5 años
D2662	Incrustación onlay: compuesto a base de resina, dos superficies	1 por diente cada 5 años
D2663	Incrustación onlay: compuesto a base de resina, tres superficies	1 por diente cada 5 años
D2664	Incrustación onlay: compuesto a base de resina, cuatro o más superficies	1 por diente cada 5 años
<i>Coronas: solo restauración única*</i>		
D2710	Corona: compuesto a base de resina (indirecto)	1 por diente cada 5 años
D2720	Corona: resina con metal muy noble	1 por diente cada 5 años
D2721	Corona: resina con metal predominantemente base	1 por diente cada 5 años
D2722	Corona: resina con metal noble	1 por diente cada 5 años
D2740	Corona: sustrato de porcelana/cerámica	1 por diente cada 5 años
D2750	Corona: porcelana fundida sobre metal muy noble	1 por diente cada 5 años
D2751	Corona: porcelana fundida sobre metal predominantemente base	1 por diente cada 5 años
D2752	Corona: porcelana fundida sobre metal noble	1 por diente cada 5 años
D2780	Corona: 3/4 de metal muy noble fundido	1 por diente cada 5 años
D2781	Corona: 3/4 de metal predominantemente base fundido	1 por diente cada 5 años
D2782	Corona: 3/4 de metal noble fundido	1 por diente cada 5 años
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	1 por diente cada 5 años
<i>Otros servicios de restauración*</i>		
D2790	Corona: metal muy noble completamente fundido	1 por diente cada 5 años
D2791	Corona: metal predominantemente base completamente fundido	1 por diente cada 5 años
D2792	Corona: metal noble completamente fundido	1 por diente cada 5 años
D2910	Recementado de Inlay, Onlay, o restauración de coberturas parciales	
D2915	Recementado de perno y muñón fundidos o prefabricados	

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
D2920	Recementado de corona	
D2940	Restauración protectora (empaste sedante)	
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidas todas las espigas	
D2951	Retención de espiga: por diente, además de la restauración	
D2952	Perno y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente	
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente	
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona	
D2955	Extracción del perno (no junto con la terapia de endodoncia)	
D2957	Cada perno adicional prefabricado, mismo diente	
Endodoncia*		
<i>Recubrimiento pulpar*</i>		
D3110	Recubrimiento pulpar directo (excluida la restauración final)	
D3120	Recubrimiento pulpar indirecto (excluida la restauración final)	
<i>Pulpotomía*</i>		
D3220	Pulpotomía terapéutica	
D3221	Desbridamiento pulpar, diente temporal y permanente	
<i>Terapia de endodoncia (incluido el plan de tratamiento, procedimientos clínicos, y atención de seguimiento)*</i>		
D3310	Tratamiento de conducto, anterior, por diente	
D3320	Tratamiento de conducto, bicúspide, por diente	
D3330	Tratamiento de conducto, molar, por diente	
<i>Retratamiento de Endodoncia*</i>		
D3346	Repetición de tratamiento de conducto previo: anterior	
D3347	Repetición de tratamiento de conducto previo: bicúspide	
D3348	Repetición de tratamiento de conducto previo: molar	
<i>Apexificación/Recalcificación*</i>		
D3351	Apexificación/Recalcificación: visita inicial	
D3352	Apexificación/recalcificación: reemplazo de medicamento temporal (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	
D3353	Apexificación/recalcificación: consulta final (incluye tratamientos de conducto completos, cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
Apicectomía/servicios perirradiculares*		
D3410	Apicectomía/Cirugía perirradicular: anterior	
D3421	Apicectomía/Cirugía perirradicular: bicúspide, primera raíz	
D3425	Apicectomía/Cirugía perirradicular: molar, primera raíz	
D3426	Apicectomía/Cirugía perirradicular: raíces adicionales	
D3430	Empaste retrógrado	
D3450	Amputación radicular: por raíz	
D3470	Reimplantación intencional (incluida la férula necesaria)	
Periodoncia*		
Servicios quirúrgicos*		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, por cuadrante (4 o más dientes)	1 por cuadrante cada 2 años
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, por cuadrante (1 a 3 dientes)	1 por cuadrante cada 2 años
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular: (4 o más dientes) por cuadrante	1 por cuadrante cada 2 años
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular: (1 a 3 dientes) por cuadrante	1 por cuadrante cada 2 años
D4245	Colgajo posicionado apicalmente	1 por cuadrante cada 2 años
D4249	Alargamiento clínico de corona: tejido duro	1 por cuadrante cada 2 años
D4260	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre del colgajo): por cuadrante (4 o más dientes)	1 por cuadrante cada 2 años
D4261	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre del colgajo): por cuadrante (1 a 3 dientes)	1 por cuadrante cada 2 años
D4263	Injerto de reemplazo óseo: primer sitio en el cuadrante	1 por cuadrante cada 2 años
D4264	Injerto de reemplazo óseo: cada sitio adicional en el cuadrante	1 por cuadrante cada 2 años
D4266	Regeneración guiada de tejidos: barrera reabsorbible, por sitio	1 por cuadrante cada 2 años
D4267	Regeneración guiada de tejidos: barrera no reabsorbible, por sitio (incluye extracción de membrana)	1 por cuadrante cada 2 años
D4270	Procedimiento de injertos en pedículo de tejido blando	1 por cuadrante cada 2 años
D4274	Procedimiento con cuña mesial/distal (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica)	1 por cuadrante cada 2 años

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
<i>Servicios periodontales no quirúrgicos*</i>		
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular: por cuadrante (4 o más dientes)	1 por cuadrante cada 2 años
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular: por cuadrante (1 a 3 dientes)	1 por cuadrante cada 2 años
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico integrales	
<i>Otros servicios periodontales*</i>		
D4910	Procedimientos de mantenimiento periodontal: después de una cirugía activa	
<i>Prostodoncia (extraíble)*</i>		
<i>Dentaduras postizas completas (incluida la atención de rutina después de la entrega)*</i>		
D5110	Dentadura postiza superior completa	1 por arco cada 5 años
D5120	Dentadura inferior completa	1 por arco cada 5 años
D5130	Dentadura postiza superior inmediata	1 por arco cada 5 años
D5140	Dentadura inferior inmediata	1 por arco cada 5 años
<i>Dentaduras postizas parciales (incluida la atención de rutina después de la entrega)*</i>		
D5211	Parcial superior: base de resina (con cierres/apoyos y dientes)	1 por arco cada 5 años
D5212	Inferior parcial: base de resina (con cierres/apoyos y dientes)	1 por arco cada 5 años
D5213	Parcial superior: base de metal fundido con monturas de resina (con cierres/apoyos y dientes)	1 por arco cada 5 años
D5214	Parcial inferior: base de metal fundido con monturas de resina (con cierres/apoyos y dientes)	1 por arco cada 5 años
D5281	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: una pieza de metal fundido (incluidos cierres y dientes)	1 por arco cada 5 años
<i>Ajustes a las dentaduras postizas*</i>		
D5410	Ajustar la dentadura postiza completa: superior	
D5411	Ajustar la dentadura postiza completa: inferior	
D5421	Ajustar la dentadura postiza parcial: superior	
D5422	Ajustar la dentadura postiza parcial: inferior	
<i>Reparaciones de dentaduras postizas completas y parciales*</i>		
D5510	Reparación de base quebrada de dentadura postiza completa	
D5520	Reemplazar dientes perdidos o rotos	

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
D5610	Reparación de base de dentadura postiza de resina	
D5620	Reparación de estructura fundida	
D5630	Reparación o reemplazo de cierre roto	
D5640	Reemplazo de dientes fracturados: por diente	
D5650	Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	
<i>Procedimientos de rebasado de dentaduras postizas*</i>		
D5660	Agregado de cierre a dentadura postiza parcial existente	
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	
<i>Procedimientos de revestimiento de dentaduras postizas*</i>		
D5730	Revestimiento de dentadura postiza superior completa en el consultorio	
D5731	Revestimiento de dentadura postiza inferior completa en el consultorio	
D5740	Revestimiento de dentadura postiza superior parcial en el consultorio	
D5741	Revestimiento de dentadura postiza inferior parcial en el consultorio	
D5750	Revestimiento de dentadura postiza superior completa en el laboratorio	
D5751	Revestimiento de dentadura postiza inferior completa en el laboratorio	
D5760	Revestimiento de dentadura postiza superior parcial en el laboratorio	
D5761	Revestimiento de dentadura postiza inferior parcial en el laboratorio	
<i>Prótesis intermedia*</i>		
D5810	Dentadura postiza completa intermedia (maxilar)	
D5811	Dentadura postiza completa intermedia (mandibular)	
D5820	Dentadura postiza parcial intermedia (maxilar)	
D5821	Dentadura postiza parcial intermedia (mandibular)	
<i>Implantes*</i>		
D6010	Colocación quirúrgica de implante, implante endóstico	1 por diente cada 10 años
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante.	1 por diente cada 10 años
D6040	Colocación quirúrgica: implante epostal	1 por diente cada 10 años

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóseo	1 por diente cada 10 años
D6055	Barra de sujeción: sostenida por implante o por pilar	1 por diente cada 10 años
D6056	Pilar prefabricado: incluye modificación y colocación	1 por diente cada 10 años
D6057	Pilar fabricado personalizado: incluye colocación	1 por diente cada 10 años
D6058	Corona de porcelana/cerámica con pilar	1 por diente cada 10 años
D6059	Corona de porcelana fundida sobre metal con pilar (metal muy noble)	1 por diente cada 10 años
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal con pilar	1 por diente cada 10 años
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal con pilar (metal noble)	1 por diente cada 10 años
D6062	Corona de metal fundido con pilar (metal muy noble)	1 por diente cada 10 años
D6063	Corona de metal fundido con pilar (metal predominantemente base)	1 por diente cada 10 años
D6064	Corona de metal fundido con pilar (metal noble)	1 por diente cada 10 años
D6065	Corona de porcelana/cerámica con implante	1 por diente cada 10 años
D6066	Corona con implante: porcelana fundida sobre metal muy noble	1 por diente cada 10 años
D6067	Corona metálica con implante (titanio, aleación de titanio, metal muy noble)	1 por diente cada 10 años
D6068	Retenedor con pilar para dentadura parcial fija de porcelana/cerámica	1 por diente cada 10 años
D6069	Retenedor con pilar para dentadura parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal muy noble)	1 por diente cada 10 años
D6070	Retenedor con pilar para dentadura parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal predominantemente base)	1 por diente cada 10 años
D6071	Retenedor con pilar para dentadura parcial fija de porcelana fundida sobre metal (metal noble)	1 por diente cada 10 años
D6072	Retenedor con pilar para dentadura parcial fija de metal fundido (metal muy noble)	1 por diente cada 10 años
D6073	Retenedor con pilar para dentadura parcial fija de metal fundido (metal predominantemente base)	1 por diente cada 10 años

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
D6074	Retenedor con pilar para dentadura parcial fija de metal fundido (metal noble)	1 por diente cada 10 años
D6075	Retenedor con implante para cerámica (dentadura parcial fija)	1 por diente cada 10 años
D6076	Retenedor con implante para dentadura parcial fija de cerámica	1 por diente cada 10 años
D6077	Retenedor con implante para dentadura parcial fija de metal fundido (titanio, aleación de titanio o metal muy noble)	1 por diente cada 10 años
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes	
D6081	Raspado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante	
D6090	Reparación de prótesis con implante, por informe	
D6091	Reemplazo de accesorio de precisión o semiprecisión, prótesis con implante/pilar por accesorio	
D6092	Reemplazo o refijación de corona con implante/pilar	
D6093	Recementado o refijación de dentadura parcial fija con implante/pilar	
D6094	Corona con pilar (titanio)	
D6095	Reparación de pilar con implante, por informe	
D6096	Extracción de tornillo retenedor de implante roto	
D6100	Extracción quirúrgica de implante	
D6101	Desbridamiento del defecto periimplantario que rodea a un solo implante.	
D6102	Desbridamiento y contorneado óseo de un defecto periimplantario que rodea a un solo implante	
D6103	Injerto óseo para reparación de defecto periimplantario	
D6104	Injerto óseo en el momento de la colocación del implante	
D6105	Extracción de un implante que no requiere extracción ósea ni elevación del colgajo	
D6106	Regeneración guiada de tejidos: barrera reabsorbible, por implante	
D6107	Regeneración guiada de tejidos: barrera reabsorbible, por implante	
D6110	Dentadura postiza extraíble sostenida por implante/pilar para arco edéntulo: maxilar	1 por arco cada 5 años
D6111	Dentadura postiza extraíble sostenida por implante/pilar para arco edéntulo: mandibular	1 por arco cada 5 años
D6112	Dentadura postiza extraíble sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo: maxilar	1 por arco cada 5 años

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
D6113	Dentadura postiza extraíble sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo: mandibular	1 por arco cada 5 años
D6114	Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco edéntulo: maxilar	1 por arco cada 5 años
D6115	Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco edéntulo: mandibular	1 por arco cada 5 años
D6116	Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo: maxilar	1 por arco cada 5 años
D6117	Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo: mandibular	1 por arco cada 5 años
D6190	Índice de implantes quirúrgicos/radiográfico, por informe	
D6194	Corona del retenedor con pilar para dentadura parcial fija (titanio)	
D6197	Sustitución del material de restauración utilizado para cerrar la abertura de acceso de una prótesis con implante atornillada	
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	
Prostodoncia fija*		
<i>Pónticos para dentaduras parciales fijas*</i>		
D6210	Póntico: metal muy noble fundido	1 por arco cada 5 años
D6211	Póntico: metal predominantemente base fundido	1 por arco cada 5 años
D6212	Póntico: metal noble fundido	1 por arco cada 5 años
D6214	Póntico: titanio	1 por arco cada 5 años
D6240	Póntico: porcelana fundida sobre metal muy noble	1 por arco cada 5 años
D6241	Póntico: porcelana fundida sobre metal predominantemente base	1 por arco cada 5 años
D6242	Póntico: porcelana fundida sobre metal noble	1 por arco cada 5 años
D6250	Póntico: resina con metal muy noble	1 por arco cada 5 años
D6251	Póntico: resina con metal predominantemente base	1 por arco cada 5 años
<i>Retenedores para dentaduras parciales fijas: inlays y onlays*</i>		
D6252	Póntico: resina con metal noble	1 por arco cada 5 años

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
D6545	Retenedor de metal fundido para puente de grabado ácido	1 por arco cada 5 años
D6720	Corona: resina con metal muy noble	1 por arco cada 5 años
D6721	Corona: resina con metal predominantemente base	1 por arco cada 5 años
D6722	Corona: resina con metal noble	1 por arco cada 5 años
D6750	Corona: porcelana fundida sobre metal muy noble	1 por arco cada 5 años
D6751	Corona: porcelana fundida sobre metal predominantemente base	1 por arco cada 5 años
D6752	Corona: porcelana fundida sobre metal noble	1 por arco cada 5 años
D6780	Corona: 3/4 de metal muy noble fundido	1 por arco cada 5 años
D6781	Corona: 3/4 de metal predominantemente base fundido	1 por arco cada 5 años
D6782	Corona: 3/4 fundida sobre metal noble	1 por arco cada 5 años
D6783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	1 por arco cada 5 años
D6790	Corona: metal muy noble completamente fundido	1 por arco cada 5 años
D6791	Corona: metal predominantemente base completamente fundido	1 por arco cada 5 años
D6792	Corona: metal noble completamente fundido	1 por arco cada 5 años
Otros servicios de dentaduras parciales fijas*		
D6920	Barra conectora	
D6930	Recementado de puente	
D6940	Placa de descanso	
D6950	Accesorio de precisión	
D6975	Revestimiento	
Cirugía oral y maxilofacial*		
Extracciones*		
D7111	Extracción, restos de corona, primera dentición	
D7140	Extracción: diente brotado o raíz expuesta (evaluación y/o extracción con fórceps)	
D7210	Extracción quirúrgica de dientes brotados	
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente en hueso	
D7240	Extracción de diente impactado: completamente en hueso	
D7241	Extracción de diente impactado: completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	
D7250	Extracción de restos radiculares del diente	
Otros procedimientos quirúrgicos*		
D7260	Cierre de fistula oroantral	
D7270	Reimplantación de diente o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado	
D7272	Trasplante de dientes (incluye reimplantación de un sitio a otro y ferulización o estabilización)	
D7280	Acceso quirúrgico a un diente no brotado	
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de los dientes	
D7310	Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	
D7311	Alveoloplastia con extracciones: uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	
D7340	Vestibuloplastia - Extensión de rebordes (epitelio secundario)	
D7350	Vestibuloplastia: extensión de rebordes (incluidos injertos de tejido blando, recolocación del músculo, revisión de tejidos blandos)	
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	
D7511	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral, complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	
D7520	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	
D7521	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando extrabucal, complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	
D7560	Sinusotomía maxilar para extracción de fragmento de diente o cuerpo extraño	
D7670	Reducción con alvéolo cerrado, puede incluir estabilización de los dientes	
D7880	Dispositivo ortésico oclusal, por informe	
D7940	Osteoplastia: para deformidades ortognáticas	

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
D7950	Injerto óseo, osteoperióstico o de cartílago de mandíbula o maxilar, autógeno o no autógeno, por informe	
D7960	Frenilectomía	
D7963	Frenuloplastia	
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico (por arco)	
D7971	Extirpación de encía pericoronar	
D7983	Cierre de fistula salival	
Servicios generales complementarios*		
<i>Tratamiento no clasificado*</i>		
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental	
D9120	División de dentadura postiza parcial fija	
<i>Anestesia*</i>		
D9210	Anestesia local que no se brinde en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos	
D9211	Anestesia por bloqueo regional	
D9212	Anestesia por bloqueo de división trigeminal	
D9215	Anestesia local	
D9220	Sedación profunda/anestesia general: primeros 30 minutos	
D9221	Sedación profunda/anestesia general: cada 15 minutos adicionales	
D9230	Analgesia: ansiólisis, inhalación de óxido nitroso	
D9241	Analgesia/sedación consciente intravenosa: primeros 30 minutos	
D9242	Analgesia/sedación consciente intravenosa: cada 15 minutos adicionales	
D9248	Sedación consciente no intravenosa	
<i>Consulta profesional*</i>		
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	
D9410	Llamado del centro de atención médica a domicilio/prolongada	
D9420	Llamada hospitalaria	
D9440	Consulta: después del horario de atención habitual	
<i>Medicamentos*</i>		
D9610	Medicamento parenteral terapéutico, administración única	
D9612	Fármacos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	

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

Código	Descripción del procedimiento	Limitaciones de frecuencia
<i>Servicios variados*</i>		
D9950	Análisis de oclusión: montaje en articulador	
D9951	Ajuste oclusivo: limitado	
D9952	Ajuste oclusivo: completo	

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

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

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto en las condiciones específicas que se detallan a continuación: Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y tras la apelación se decide que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias. • Nuestro plan brinda cobertura adicional para acupuntura como se describe en la Tabla de beneficios médicos.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		- Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. - Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna situación	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los procedimientos y productos experimentales son aquellos determinados por Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Los cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna situación	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No cubiertos en ninguna situación	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Comidas suministradas a domicilio		Nuestro plan brinda cierta cobertura para comidas a domicilio como se describe en la Tabla de beneficios médicos.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna situación	
Atención odontológica que no sea de rutina		Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión		• Se cubren exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas. • Nuestro plan brinda cierta cobertura para exámenes de la vista de rutina y anteojos como se describe en la Tabla de beneficios médicos.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original.	No cubiertos en ninguna situación	

CAPÍTULO 5:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) que le escriba una receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que realice la receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1	Utilice una farmacia de la red
--------------------	---------------------------------------

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. (Para obtener más información sobre cuándo

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

cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de proveedores/farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.solishealthplans.com) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros o utilizar el *Directorio de proveedores/farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.solishealthplans.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. Para localizar una

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

farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores/farmacias* en www.solishealthplans.com o llame al Departamento de Servicios para miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada.

El servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar **un suministro de 90 días como máximo**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a una de nuestras farmacias con servicio de pedidos por correo que se enumeran a continuación:

- Servicio de correo de Walgreens, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-787-3047, o en su sitio web, <https://walgreensmailservice.com/>
- Farmacia Express Scripts, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-277-7914, o en su sitio web, www.express-scripts.com
- MedsYourWay de Amazon, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-855-745-5725, o en su sitio web pharmacy.amazon.com.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo.

Si experimenta un retraso en la recepción de su pedido y corre el riesgo de quedarse sin su medicamento, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Miembros llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Le ayudaremos a coordinar un suministro a corto plazo en su farmacia local.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea que le surtan el medicamento inmediatamente o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

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

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

Cuando se obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, el gasto compartido puede ser menor. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento a un monto de gasto compartido más bajo. En su *Directorio de proveedores/farmacias*, en www.solishealthplans.com, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan?

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con el Departamento de Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

- Si está tratando de surtir un medicamento con receta cubierto que no se almacena regularmente en una farmacia minorista elegible de la red.
- Si está surtiendo recetas en una farmacia fuera de la red relacionada con una emergencia médica. Tenga en cuenta que las recetas fuera de la red se limitan a un surtido único de 30 días.
- Si está planeando una estadía prolongada en un área sin una farmacia de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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

En estos casos, primero consulte con Servicios para Miembros para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Por lo general, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el gasto total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

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

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

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumple con lo siguiente:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado; o
- Está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX Micromedex.

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

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, por lo general, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Lo que no se incluye en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Sección 3.2

Hay seis niveles de gastos compartidos para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- **Nivel 1 de gastos compartidos (medicamentos genéricos):** medicamentos genéricos o de marca que están disponibles al gasto compartido más bajo para este plan.
- **Nivel 2 de gastos compartidos (medicamentos genéricos):** medicamentos genéricos que el plan le ofrece a un costo mayor que los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.

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

- **Nivel 3 de gastos compartidos (medicamentos de marca preferidos):** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo menor que los medicamentos no preferidos del Nivel 4.
- **Nivel 4 de gastos compartidos (medicamentos no preferidos):** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al de los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3.
- **Nivel 5 de gastos compartidos (medicamentos especializados):** medicamentos genéricos y de marca de alto costo que cumplen con la definición de medicamento especializado de Medicare.
- **Nivel 6 de gastos compartidos (medicamentos complementarios):** incluye medicamentos complementarios aprobados por la FDA, pero que de otro modo han sido excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Su plan ha puesto estos medicamentos a su disposición como un beneficio mejorado en su “Lista de medicamentos”.

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

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de gastos compartidos.

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

Puede saberlo de alguna de las siguientes 4 formas:

1. Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.solishealthplans.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (www.solishealthplans.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que le corresponde pagar y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

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

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

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

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o gastos compartidos en función de factores como la dosis, la cantidad o la forma farmacéutica del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

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

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

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

Probar primero con otro medicamento

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidad

Con algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted lo desea
--------------------	--

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar y que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de gasto compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**
- **Si su medicamento está en un nivel de gasto compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

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

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos resurtidos múltiples para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal antes mencionada.
- Si se produce un cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o admitido en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (de hasta 30 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio de cobertura.

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

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor/a a encontrar un medicamento cubierto que le funcione.

2) Puede solicitar una excepción

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

Si es miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos de cualquier cambio previo al nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o de la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Se explican los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

Si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera muy alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de gasto compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de gasto compartido

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

inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor/a a encontrar un medicamento cubierto que le funcione.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de gasto compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Se explican los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos en nuestro Nivel 5, medicamentos especializados, no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto de gasto compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año
--------------------	--

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

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

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

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo.

Capítulo 5: cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?****Información sobre los cambios en la cobertura para medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información sobre esos cambios en nuestro sitio web. También, actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea periódicamente. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios para un medicamento que está tomando.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de gasto compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de gasto compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o al que le estamos realizando cambios. Si está tomando un medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar un medicamento similar de la Lista de medicamentos con previo aviso.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de gasto compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de gasto compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

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

- **Retiro de medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces un medicamento puede considerarse inseguro o ser retirado del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, es posible que eliminemos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Es posible que, una vez comenzado el año, introduzcamos otros cambios que afecten a los medicamentos que esté tomando. Por ejemplo, nos basamos en los recuadros de advertencia de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días adicionales del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el capítulo 9.

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

Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se mencionaron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de gasto compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que está tomando (excepto si se retira el medicamento del mercado, un medicamento genérico reemplaza a uno de marca u se produce otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del gasto que le corresponde hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el presente año del plan. Deberá revisar la Lista de medicamentos del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que le afecte durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura mejorada para medicamentos). Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

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

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se indican debajo a través de nuestra cobertura mejorada para medicamentos, por los cuales es posible que se le cobre una prima adicional. A continuación encontrará más información).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.

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

- Vitaminas con receta y productos minerales, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura mejorada para medicamentos) que normalmente no están cubiertos por el plan de medicamentos con receta de Medicare. Algunos de estos medicamentos incluyen medicamentos utilizados para la disfunción eréctil que tendrán un límite de cantidad mensual, medicamentos utilizados para la tos y el resfriado, y vitaminas y productos minerales. El monto que paga por esos medicamentos no se tiene en cuenta al momento de calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 6 del Capítulo 6 de este documento se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Además, si **recibe “Ayuda adicional” de Medicare** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para Miembros). En la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros). Sin embargo, si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted le deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja la receta.

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

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

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura que se detallan en este capítulo.

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

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

Consulte su *Directorio de proveedores/farmacias* en www.solishealthplans.com para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de dichos centros.

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

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

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

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

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta por su empleador o grupo de jubilados (o por su cónyuge o pareja doméstica), póngase en contacto con **ese administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará la cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si usted tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a su cobertura grupal. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es acreditable.

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

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona que le emite la receta o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida

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

a su proveedor o la persona autorizada a dar recetas de hospicio que se lo notifique antes de que le surtan la receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides.

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

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) que ayuda a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides
--

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides

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

que recibe de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Trabajando con la persona autorizada a dar recetas, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados podría no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o con benzodiacepinas solo de cierta(s) farmacia(s).
- Requerirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o con benzodiacepinas solo de cierto(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiacepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para su caso, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que conozcamos. Después de 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 decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le brindaremos una nueva decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No lo colocaremos en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa o para el final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM). Este programa es gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que garanticemos que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de los medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través

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

de un programa MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve estos resúmenes a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También, lleve su lista de medicamentos y manténgala actualizada (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

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

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no aplique para usted en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D**. Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), (también conocida como *Low Income Subsidy Rider o LIS Rider*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar información sobre la cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento específico para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

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

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta.

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas de cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus gastos de bolsillo si los efectúan **otras personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, planes de salud de empleadores o sindicatos, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.

Pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan pagado un total de **\$2,000** por sus gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de EE. UU. y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- 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 con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza por los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos realizados por la Administración de Salud para Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos según el Programa de descuentos de fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Cómo puede llevar un registro total de los gastos de bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe de *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto llegue a \$2,000, este informe le explicará que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Solis Wellness Plan?
--------------------	---

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta con Solis Wellness Plan. Lo que paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando surte o resurte una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**Etapas 1 y 2: Etapa del deducible anual****Etapas 3 y 4: Etapa de cobertura inicial****Etapas 5 y 6: Etapa de cobertura catastrófica**

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

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando pase de una etapa de pago del medicamento a la siguiente. En concreto, hay dos tipos de costos de los que llevamos un registro:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina **gastos de bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante “Ayuda adicional” de Medicare, planes de salud de empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Estos son el total de todos los pagos realizados por usted por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si le surtieron una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se le llama información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con gastos compartidos más bajos para cada reclamación de receta, si corresponde.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para llevar un registro de los costos de los medicamentos y de lo que usted paga por los medicamentos, utilizamos los registros que nos brindan las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de identificación cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que surte y lo que paga.

Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. En ocasiones, es posible que usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de los recibos de sus medicamentos:**

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio del plan.
- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de ayuda para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

Revise el informe que le enviamos por escrito. Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles para Solis Wellness Plan

No se aplican deducibles para Solis Wellness Plan. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta
--------------------	--

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el copago o el monto del coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene seis niveles de gastos compartidos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- **Nivel 1 de gastos compartidos (medicamentos genéricos):** medicamentos genéricos o de marca que están disponibles al gasto compartido más bajo para este plan.
- **Nivel 2 de gastos compartidos (medicamentos genéricos):** medicamentos genéricos que el plan le ofrece a un costo mayor que los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.
- **Nivel 3 de gastos compartidos (medicamentos de marca preferidos):** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo menor que los medicamentos no preferidos del Nivel 4.
- **Nivel 4 de gastos compartidos (medicamentos no preferidos):** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al de los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3.
- **Nivel 5 de gastos compartidos (medicamentos especializados):** medicamentos genéricos y de marca de alto costo que cumplen con la definición de medicamento especializado de Medicare.

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- **Nivel 6 de gastos compartidos (medicamentos complementarios):** Incluye medicamentos complementarios aprobados por la FDA, pero que de otro modo han sido excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Su plan ha puesto estos medicamentos a su disposición como un beneficio mejorado en su “Lista de medicamentos”.

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

Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para saber cuándo cubriríamos una receta que surte en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores/farmacias* del plan www.solishealthplans.com.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

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

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

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

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

Nivel	Gasto compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	Gasto compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)	Gasto compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para 30 días como máximo)
Nivel 1 de gastos compartidos (Genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 de gastos compartidos (Genéricos)	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 de gastos compartidos (De marca preferidos)	\$15	\$15	\$15
Nivel 4 de gastos compartidos (Medicamentos no preferidos)	\$75	\$75	\$75
Nivel 5 de gastos compartidos (De especialidad)	33%	33%	33%
Nivel 6 de gastos compartidos (Medicamentos complementarios)	\$0	\$0	\$0

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los gastos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo
--------------------	---

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

Nivel	Gasto compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 90 días como máximo)	Gasto compartido de pedido por correo (un suministro para 90 días como máximo)
Nivel 1 de gastos compartidos (Genéricos preferidos)	\$0	\$0
Nivel 2 de gastos compartidos (Genéricos)	\$0	\$0
Nivel 3 de gastos compartidos (De marca preferidos)	\$40	El pedido por correo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 3
Nivel 4 de gastos compartidos (Medicamentos no preferidos)	\$225	El pedido por correo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 4
Nivel 5 de gastos compartidos (De especialidad)	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.	El pedido por correo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5
Nivel 6 de gastos compartidos (Medicamentos complementarios)	En el caso de los medicamentos del Nivel 6, no está disponible un suministro a largo plazo	El pedido por correo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de bolsillo anuales alcancen \$2,000

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de bolsillo totales alcancen **\$2,000**. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por el plan de medicamentos con receta de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para los gastos de bolsillo totales.

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

La EOB de la Parte D que reciba le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de **\$2,000** en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

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

Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de **\$2,000** para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por el plan de medicamentos con receta de Medicare. (A esto lo llamamos cobertura mejorada para medicamentos). Estos medicamentos requerirán un copago de nivel 6 durante todo el año de beneficios.

- Algunos medicamentos utilizados para el alivio de la tos y los síntomas del resfriado, como el benzonatato y la pseudoefedrina.
- Algunas vitaminas recetadas, como el ácido fólico y la vitamina D2 50000 unidades.
- Algunos medicamentos para la disfunción eréctil. Sildenafil (genérico para Viagra) o tadalafilo (genérico de Cialis).

Es posible que se apliquen límites de dispensación. Consulte su “Guía de medicamentos” para obtener más información o llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber más sobre la cobertura y los gastos compartidos sobre vacunas específicas.

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

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

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de tres elementos:

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

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada en una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

- A veces, cuando se vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor que se la administra. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas en las que podría recibir la vacuna de la Parte D.

Capítulo 6: lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administra.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración), y menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, y menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitar al plan que pague
la parte que le corresponde
de una factura que usted recibió
por servicios médicos
o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7: cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. En otras ocasiones, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitarle al plan que le devuelva el dinero (a esto se le suele llamar reembolso). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por un monto superior al de su gasto compartido, tal y como se explica en este documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el gasto compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

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

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, sea o no parte de nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados legalmente a brindar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos a este directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

Capítulo 7: cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto del gasto compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina facturación de saldos. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su gasto compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos documentación como recibos y facturas para gestionar el reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total del medicamento con receta.

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

Capítulo 7: cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de identificación del plan

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

6. Otras situaciones en las que paga el costo total del medicamento con receta

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

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

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Debe enviarnos la reclamación de la Parte C dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto, o medicamento de la Parte B. **Debe enviarnos la reclamación de la Parte D (medicamento con receta) dentro de los 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

Capítulo 7: cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Cuando presente una reclamación, incluya la siguiente información: nombre, fecha del servicio, centro, servicios prestados y diagnóstico.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.solishealthplans.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el formulario.

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

Solicitudes de pagos médicos:

Solis Health Plans

Attention: Direct Member Reimbursement Department

PO Box 524173

Miami, FL 33152

Fax: 1-833-615-9263

Solicitudes de pagos de la Parte D:

Solis Health Plans

P.O. Box 20970

Lehigh Valley, PA 18002-0970

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione 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 que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Capítulo 7: cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación
--------------------	---

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos proporcionarle la información de manera que le resulte conveniente y coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos aquellos con un dominio limitado del inglés, capacidad limitada de lectura, incapacidad auditiva o con diversos orígenes culturales y étnicos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan español. También podemos darle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno en caso de que los necesite. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Departamento de Quejas y Apelaciones de Solis Health Plans al 1-844-447-6547. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Capítulo 8: sus derechos y responsabilidades

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from 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 Member Services.

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

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

If you experience any difficulty obtaining information about our plan in a format that is accessible and appropriate for you, find a women's health specialist or an in-network specialist, call us to file a complaint with the Grievance and Appeals Department at 1-844-447-6547. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin referencia.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un periodo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un periodo de tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos intención de proporcionar sus datos de salud a alguien que no le brinde atención ni pague por ella, *debemos obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención médica.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; normalmente, esto exige que no se comparta información que le identifique de forma exclusiva.

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 por el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Capítulo 8: sus derechos y responsabilidades

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Como miembro de Solis Wellness Plan, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

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

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

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y 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. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

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

Capítulo 8: sus derechos y responsabilidades

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo, o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de declaración de voluntad anticipada con diversos nombres. Los documentos denominados **testamento en vida** y **poder notarial para servicios de atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Conseguir el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de declaraciones de voluntad anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede

Capítulo 8: sus derechos y responsabilidades

comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar los formularios.

- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario, quien podrá tomar decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia cuando acuda al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de declaración de voluntad anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar un formulario de instrucción anticipada (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no una declaración de voluntad anticipada.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si firmó una instrucción anticipada y considera que un médico u hospital no siguió, puede presentar un reclamo ante KEPRO llamando al 1-888-317-0751 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local) Fines de semana y días festivos: de 10:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora local) o escriba a KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd, Suite 900, Tampa, FL 33609.

Sección 1.6**Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado**

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

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no se respetan?
--------------------	---

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que 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:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para conocer más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para conocer más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf>).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Capítulo 8: sus derechos y responsabilidades

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de identificación de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna duda, no dude en preguntar y obtener una respuesta que entienda.
- **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 continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Qué debe hacer si tiene un
problema o un reclamo
(decisiones de cobertura,
apelaciones, reclamos)*

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud
--

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos**, también denominados quejas.

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

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

Sección 1.2 Acerca de los términos legales
--

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo:

- Se utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar un reclamo en lugar de interponer una queja, 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 se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede resultarle útil (y a veces bastante importante) conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté vinculado a nosotros. A continuación encontrará dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y las direcciones URL del sitio web.

Medicare

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

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

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

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

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**¿Su problema o inquietud tiene que ver con los beneficios o la cobertura?**

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

Sí.

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

No.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, productos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, solemos referirnos a los productos y servicios médicos y a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelación para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

o la *Evidencia de cobertura* deja claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación acelerada** o rápida de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si desestimamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está vinculada con nosotros.

- No tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo.

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

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

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

- **Puede llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda en una apelación más allá del nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario *de Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.solishealthplans.com).
- Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación de nivel 1 es denegada, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario *de Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf www.solishealthplans.com). El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. El formulario debe

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3	¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
--------------------	---

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8** de este capítulo: cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

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

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

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

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **determinación de la organización**.

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

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

Una decisión estándar de cobertura generalmente se toma dentro de los 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una decisión rápida de cobertura se toma en un plazo de 72 horas, en el caso de los servicios médicos, o de 24 horas, en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- *Solo* puede solicitar la cobertura de productos o servicios médicos (no solicitudes de pago de productos o servicios ya recibidos).
- *Solo* puede obtener una decisión rápida de cobertura si el uso de los plazos estándar pudiera *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- Si su médico le dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Explica cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

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

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

Para decisiones estándar decisión estándar de cobertura utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

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

Para decisiones rápidas de cobertura utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se presenta en un plazo de 72 horas.

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

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene un motivo justificado para no hacerlo, explique el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido ponerse en contacto con nosotros o si le hemos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o su médico.

Plazos límite para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de los 30 días calendario si su solicitud es para un producto o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. En ocasiones, se la denomina IRE.

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente que contrata Medicare. No está conectada con nosotros y no es una agencia de gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. Esta información se denomina su **expediente de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si se le concedió una apelación rápida en el nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **esto puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un producto o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **esto puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

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

- **Si la organización de revisión acepta parte o a la totalidad de una solicitud de un producto o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión de solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un mínimo determinado. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Indicándole cómo presentar una apelación de nivel 3.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?
--------------------	---

El Capítulo 7 describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica tiene cobertura y usted ha seguido todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* tiene cobertura o usted no ha seguido todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

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

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.

Para apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, el medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan únicamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de ser cubiertos.
- Si en la farmacia le indican que su receta no puede surtirse por cómo está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito para explicar cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

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

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

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

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina en ocasiones excepción al formulario .
Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones excepción al formulario .
Solicitarnos el pago de un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto en ocasiones se denomina solicitar una excepción del nivel .

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea, puede solicitarnos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de gasto compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4: medicamentos no preferidos. No puede solicitar una excepción a la cantidad de gastos compartidos que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en el monto del gasto compartido que le pediremos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de gasto compartido inferior.** Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de gastos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de gastos compartidos, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica y están en un nivel de gasto compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del gasto compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con un monto de gasto compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de gasto compartido para ningún medicamento del Nivel 5: nivel de especialidad.
 - Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de gasto compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, normalmente pagaremos el monto más bajo.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones****Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o niveles inferiores de gastos compartidos no funcionen tan bien en su caso o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

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

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

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

Las decisiones estándar de cobertura se toman dentro de las **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman dentro de las **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que se le devuelva el dinero de un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para desenvolverse.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente tomaremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Se explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita una decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Se le indica cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas siguientes a su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de toma de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS* o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web www.solishealthplans.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo** que indique las razones médicas de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos límite para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración justificativa de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar.

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

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración justificativa de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de **72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.
Una apelación rápida también se denomina una redeterminación acelerada .

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

Una apelación estándar generalmente se presenta en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se presenta en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

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

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (1-844-447-6547).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de redeterminación modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web www.solishealthplans.com. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relativa a su reclamación.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene un motivo justificado para no hacerlo, explique el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido ponerse en contacto con nosotros o si le hemos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar.

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

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

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. En ocasiones, se la denomina IRE.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está conectada con nosotros y no es una agencia de gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, en el aviso por escrito que le enviaremos se incluirán **instrucciones para presentar una apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. Esta información se denomina su **expediente de caso. Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

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

Plazos límite para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos límite para la apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, 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 se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

Para apelaciones rápidas:

- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **parte o la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole sobre el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor monetario de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización como paciente internado más prolongada si cree que le dan el alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que se va del hospital es la **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

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

Dentro de los dos días calendario posteriores a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le indica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le dan el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. En el aviso no se indica la fecha de su alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Tenga a mano su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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.

Sección 7.2**Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de salud pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar* mientras espera recibir la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que se ponga en contacto con nosotros, le entregaremos un **aviso detallado del alta**. En este aviso se indica la fecha prevista del alta y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **aviso detallado de alta** llamando al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos hayan comunicado su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará la fecha prevista del alta. En este aviso también se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.***¿Qué sucede si la aceptan?***

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **la cobertura del plan para los servicios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Paso 4: Si rechazan su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.**

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para solicitar otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de nivel 1. Puede pedir 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 la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación de nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.***Si la organización de revisión la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En la notificación que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i>
--------------------	--

Cuando reciba **servicios de salud cubiertos a domicilio, cuidados de enfermería especializada o cuidados de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios correspondientes a ese tipo de atención mientras esta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito**, al menos, dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para solicitar que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso escrito para demostrar que lo ha recibido.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación *acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Póngase en contacto con su Organización para la mejora de la calidad.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar la apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para solicitar otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad haya rechazado su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de nivel 1.
- En la notificación que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos
--------------------	--

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si el valor monetario del artículo 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 monetario es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 se le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador aprueba su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez de derecho administrativo o el abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para realizar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de nivel 3 favorable, el proceso de apelación *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 **Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento 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 escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para**

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para realizar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

PRESENTAR RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamo?

El proceso de reclamo se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o no compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? ¿No está satisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O por Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? - Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	¿No le dimos el aviso requerido? ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de reclamos están relacionados con la puntualidad de nuestras medidas en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: - Nos ha solicitado una <i>decisión rápida de cobertura</i> o una <i>apelación rápida</i>, y la respuesta ha sido negativa; puede presentar un reclamo. - Considera que no cumplimos los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar un reclamo. - Considera que no estamos cumpliendo los plazos de cobertura o reembolso de determinados productos o servicios médicos o medicamentos aprobados; puede presentar un reclamo. - Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 Cómo presentar un reclamo

Términos legales
- Un reclamo también se denomina queja. Hacer un reclamo también se denomina presentar una queja. Utilizar el proceso de reclamos también se denomina utilizar el proceso de presentación de quejas. - Un reclamo rápido también se denomina queja acelerada.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo indicará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Presente una queja verbal llamando al Departamento de Servicios para Miembros** al 1-844-447-6547, TTY/TDD 711 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

Envíe una queja por escrito a: Solis Health Plans Attention: Grievance and Appeals
Department PO Box 524173 Miami, FL 33152.

Cuando presente una queja, proporcione lo siguiente:

- Nombre.
- Dirección.
- Número de teléfono.
- Número de identificación de miembro.
- Un resumen del reclamo y cualquier contacto previo con nosotros relacionado con el reclamo.
- La acción que nos solicita.
- Una firma suya o de su representante autorizado y la fecha.
- Formulario de “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

Opción para una revisión rápida de su queja: puede solicitar una revisión rápida e intentaremos responder dentro de un día si su queja se refiere a una de las siguientes circunstancias:

- Hemos ampliado el plazo para tomar una decisión de organización/cobertura y usted cree que necesita una decisión más rápida.
- Denegamos su solicitud de una decisión de organización/cobertura de 72 horas.
- Denegamos su solicitud de apelación de 72 horas. Es mejor llamar al Departamento de Servicios para Miembros si desea solicitar una revisión rápida de su queja.

Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en el dorso de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

- El **plazo** para presentar un reclamo son 60 días calendario desde que tuvo el problema que desea reclamar.

Paso 2: Analizaremos su reclamo y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.

Capítulo 9: qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **La mayoría de los reclamos 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 queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque se denegó su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos un reclamo rápido.** Si se le ha concedido un reclamo rápido, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte del reclamo, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la *calidad de la atención* médica, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su reclamo tanto a la Organización para la mejora de la calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede enviar un reclamo sobre Solis Wellness Plan directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía
en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la *cancelación de su membresía en nuestro plan*

La cancelación de la membresía en Solis Wellness Plan puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, debemos continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice la membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el **Período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
 - *o bien*, Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta separado de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de Medicare para medicamentos con receta y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días

consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período abierto de inscripción de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período abierto anual de inscripción de Medicare Advantage** usted puede:
 - Puede cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Puede darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan diferente de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	--

En determinadas situaciones, los miembros de Solis Wellness Plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial, si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid de Florida.

- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).
- **Nota:** Si usted participa de un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de Medicare para medicamentos con receta. Puede elegir:

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

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de Medicare para medicamentos con receta y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta acerca de cancelar su membresía puede hacer lo siguiente:

- **Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2025** (Medicare y usted 2025).

- Ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La tabla a continuación le explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Solis Wellness Plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en Solis Wellness Plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare independiente	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto. • Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Solis Wellness Plan se cancelará cuando comience la cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus productos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos, productos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o de pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Solis Wellness Plan debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Solis Wellness Plan debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Usted no cumple con las calificaciones para elegibilidad especiales del plan.
 - Si después de su inscripción en Solis Wellness Plan (C-SNP) determinamos que no padece diabetes, un trastorno cardiovascular o insuficiencia cardíaca crónica, tendrá la oportunidad de seleccionar otro plan. Le notificaremos por escrito si no podemos verificar un diagnóstico de diabetes, un trastorno cardiovascular o insuficiencia cardíaca crónica con su médico. Se le otorgará un período de elección especial que se extiende hasta el último día del segundo mes siguiente a nuestra notificación para elegir un nuevo plan o regresar a Medicare Original.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o si ya no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 5.2 **No podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con la salud a menos que ya no tenga una afección médica requerida para inscribirse en Solis Wellness Plan.**

En la mayoría de los casos, Solis Wellness Plan no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con la salud. La única vez que podemos hacer esto es si ya no tiene la afección médica que se requiere para inscribirse en *Solis Wellness Plan*.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 **Tiene derecho a presentar un reclamo 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 tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles 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 en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de derechos civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema para acceder en sillas de ruedas, el Servicio para Miembros puede ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Solis Wellness Plan, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Otros avisos legales

Reclamaciones de reembolso del miembro

Tiene 36 meses a partir de la fecha en que se surtió la receta para presentar una reclamación en papel. Esto se aplica a las reclamaciones que usted presente, y no a las presentadas por farmacias o proveedores. En caso de que se preste un servicio por el que se le facture a usted, dispone de un plazo máximo de 12 meses a partir de la fecha del servicio para presentar dichas reclamaciones a su plan. De acuerdo con la Política de beneficios de la publicación 100-02 de los CMS, capítulo 15, sección 40, los médicos y profesionales de la salud están obligados a presentar reclamaciones en nombre de los beneficiarios por todos los productos y servicios que presten y por los que Medicare pueda efectuar pagos en virtud de la Parte B. Además, no están autorizados a cobrar a los beneficiarios importes que superen los límites de los cargos que se aplican al producto o servicio prestado. No obstante, un médico o profesional (tal y como se define en §40.4) puede optar por no formar parte de Medicare. Un médico o profesional que opte por no participar no está obligado a presentar reclamaciones en nombre de los beneficiarios y también está excluido de los límites de gastos por servicios cubiertos por Medicare.

Emergencias declaradas federales o estatales

En el caso de declaraciones federales y estatales de emergencia o desastre grave o un anuncio de emergencia de salud pública por parte del Secretario de salud y servicios sociales, Solis Health Plans hará las siguientes excepciones para garantizar una atención adecuada durante la emergencia: Aprobar servicios que se presten en determinados centros no concertados que se consideren centros certificados por Medicare; reducir temporalmente la participación en los costos de los servicios fuera de la red aprobados por el plan a los importes de la participación en los costos dentro de la red; y eximir totalmente de los requisitos de remisión de un médico de cabecera cuando corresponda. Normalmente, la fuente que declaró el desastre aclarará cuándo termina el desastre o la emergencia. Sin embargo, si el período de desastre o emergencia no se ha cerrado dentro de los 30 días posteriores a la declaración inicial, y si los CMS no han indicado una fecha de finalización del desastre o emergencia, Solis comunicará los cronogramas para reanudar las operaciones normales y proporcionará información publicada en el sitio web: www.solishealthplans.com. Cuando se declara un desastre o emergencia, es específico de una ubicación geográfica (es decir, condado). Todas las actividades se publicarán en el sitio web en la página de inicio en www.solishealthplans.com. Solis Health Plans aplicará las excepciones anteriores solo si usted reside en la ubicación geográfica indicada según lo aprobado por las pautas del estado de emergencia y la información regional indicada.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica en la que debe residir para unirse a un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención custodial: la atención custodial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. La atención custodial, proporcionada por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayudar con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga la atención custodial.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesita las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como brindar ayuda con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

“Ayuda adicional”: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Ver “**Biosimilar intercambiable**”).

Cancelar su inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (SNF): servicios de cuidado de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de atención son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrar un enfermero certificado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos para pacientes externos a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta acreditable: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de Medicare para medicamentos con receta.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo \$10), más que un porcentaje.

Coseguro: un monto que es posible que deba pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o recetas.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar la receta.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los productos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización también se llaman decisiones de cobertura en este documento.

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

Equipos médicos duraderos (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapas de cobertura inicial: la etapa antes de que el total de sus gastos de bolsillo haya alcanzado el monto límite de los gastos de bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: en este documento, junto con su solicitud de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de gastos compartidos menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de gastos compartidos permitido del plan. Como miembro de Solis Wellness Plan, solo tiene que pagar los montos del gasto compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más del monto del gasto compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gasto compartido diario: es posible que se aplique un gasto compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El gasto compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento de un mes es de \$30, y un suministro de un mes en su plan tiene 30 días, su gasto compartido diario es de \$1 por día.

Gasto compartido: el gasto compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El gasto compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que los servicios o medicamentos estén cubiertos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiere 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.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos anterior. El requisito de gasto compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y respaldado por ciertas referencias como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios del Seguro de ingreso suplementario (SSI) no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Capítulo 12: definiciones de palabras importantes

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare Original (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años de edad con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir 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).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): Si sus ingresos brutos ajustados modificados, tal y como figuran en su declaración del IRS de hace 2 años, superan

un determinado monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de gastos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los seis niveles de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será su costo por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios de los hospitales y del centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Un período de beneficio puede incluir múltiples admisiones. Se aplicará un copago por hospitalización hasta que se agote el beneficio.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar la inscripción en su plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan diferente de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual: el período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y medicamentos o volver a Medicare Original. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de convalecencia o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años de edad, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años de edad, incluye el mes en que cumple 65 años de edad y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años de edad.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan al que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención médica institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención médica del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF), si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el Título 42, Sección 422.2 del CFR, incluida la restricción de inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en el Título 42, Secciones 422.4(a)(1)(iv) del CFR.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El gasto compartido del miembro será normalmente superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas piloto/demostraciones y programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que lo hagan durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de atención de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por los CMS que presten servicios similares de atención médica a largo plazo cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tengan necesidades y un estado de atención médica similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los períodos *sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

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

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también “**Producto Biológico Original**” y “**Biosimilar**”).

Programa de descuento de fabricantes: un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos establecidos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Prótesis y suministros ortésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para estoma y terapia nutricional enteral y parenteral.

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

Proveedor de la red: **proveedor** es el término general para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el Estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un convenio con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta respecto de nuestro plan, proveedores o de nuestras farmacias; por ejemplo, un reclamo relacionado con la calidad de la atención médica. Esto no implica disputas sobre cobertura o pagos.

Capítulo 12: definiciones de palabras importantes

Reclamo: el nombre formal para presentar un reclamo es **interponer una queja**. El proceso de reclamo se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye reclamos si su plan no sigue los plazos en el proceso de apelación.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de la visión, dental o auditivos que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Departamento de Servicios para Miembros de Solis Wellness Plan

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
TELÉFONO	1-844-447-6547 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	305-675-3871
DIRECCIÓN	Solis Health Plans Attention: Member Services 9250 NW 36th St., Suite 400 Doral, FL 33178
SITIO WEB	www.solishealthplans.com

SHINE: Atendiendo las Necesidades de Seguro de Salud de Personas Mayores (SHIP de Florida)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguro de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	SHINE – Serving Health Insurance Needs of Elders Florida Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Ste. 270 Tallahassee, Florida 32399-7000 Correo electrónico: information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.floridashine.org

Declaración de divulgación de la PRA. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta contenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.