Evidence of Coverage

Stanford Health Care Advantage - Platinum (HMO)
Stanford Health Care Advantage - Gold (HMO)
Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020

Stanford
HEALTH CARE ADVANTAGE

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020

Evidencia de cobertura

Sus beneficios y servicios de salud, y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de *Stanford Health Care Advantage (HMO)*

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, *Stanford Health Care Advantage HMO*, es ofrecido por Stanford Health Care Advantage. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Stanford Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a *Stanford Health Care Advantage Platinum/Gold).*

Este documento está disponible en forma gratuita en inglés y en chino.

Para obtener información adicional, llame al número del Departamento de Servicio para los miembros al 1-855-996-8422. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Este documento está disponible en otros formatos, como en tamaño de letra grande. Para obtener información adicional, llame al Servicio de atención para los miembros de Stanford Health Care Advantage al 1-855-996-8422, o si es usuario de TTY, llame al 711.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

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

H2986_PD20020e_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

Evidencia de cobertura de 2020

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 26

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan, *Stanford Health Care Advantage*, y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 46

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas, se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 64

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D 115

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para

determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 142

Explica las cuatro etapas de la cobertura para medicamentos (Etapa del deducible *solo para el Plan Gold*, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. También detalla los seis niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D e incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 164

En este capítulo, se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 172

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 185

En este capítulo, se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- También se explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan.....247

Se describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, se explican las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 257

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 260

Se explican los términos clave que se utilizan en este folleto.

Anexo de beneficios dentales 273

Describe los beneficios dentales brindados por Stanford Health Care Advantage/Delta Dental

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7
Sección 1.1 Usted está inscrito en *Stanford Health Care Advantage*, que es un plan Medicare HMO 7
Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*? 7
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 8

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 8
Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad 8
Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 9
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *Stanford Health Care Advantage* 9
Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos o residencia legal 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 10
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos 10
Sección 3.2 *Directorio de proveedores*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 11
Sección 3.3 El *Directorio de farmacias*: su guía para conocer las farmacias de nuestra red 12
Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan 12
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D 13

SECCIÓN 4 Su prima mensual de *Stanford Health Care Advantage* 13
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 13

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 15
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 15
Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? 15
Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse más tarde y que no se le cobre la multa 16
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 17

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 17
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 17
Sección 6.2 ¿De cuánto es el monto adicional de la Parte D? 18
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 18
Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D? 18

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual..... 18
Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan 19
Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 21

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 22
Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted 22

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud..... 23
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 23

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 23
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 23

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en *Stanford Health Care Advantage*, que es un plan Medicare HMO

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 *Stanford Health Care Advantage*.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. *Stanford Health Care Advantage* es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*?

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener la cobertura de la atención médica y los medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

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 *Stanford Health Care Advantage*.

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 folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros del plan (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Stanford Health Care Advantage* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato tendrá vigencia durante los meses en que esté inscrito en *Stanford Health Care Advantage*, entre el 1 de enero de 2020 y 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *Stanford Health Care Advantage* después del 31 de diciembre de 2020. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2020.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

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

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- *Y* viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- *Y* sea ciudadano o residente legal de los EE. UU.
- *Y* no padezca enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifestó cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o cuando era miembro de otro plan que terminó.

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

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [DME]).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *Stanford Health Care Advantage*

Aunque Medicare es un programa federal, *Stanford Health Care Advantage* está disponible solo para las 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 California: Santa Clara, Alameda y San Mateo.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare 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.

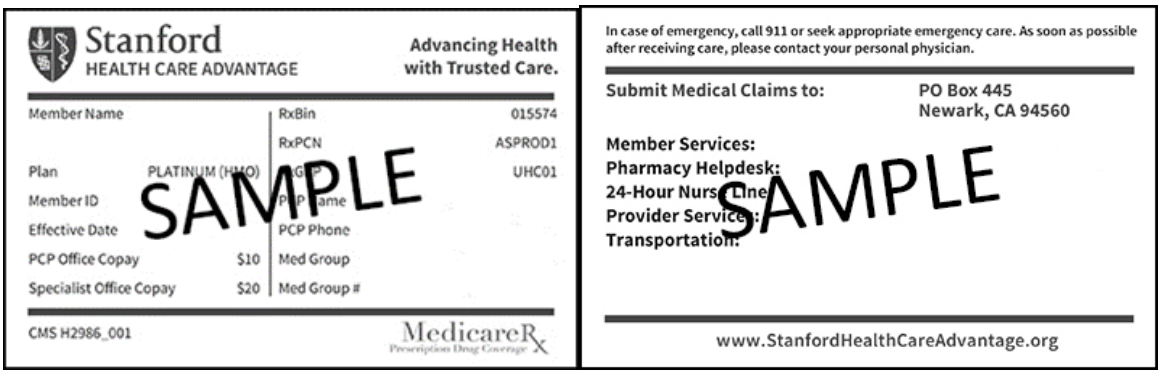
Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos o residencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o residente legal de los EE. UU. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *Stanford Health Care Advantage* si usted no reúne los requisitos para seguir siendo miembro en virtud de esta norma. *Stanford Health Care Advantage* debe cancelar su inscripción en el plan si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto 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. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (salvo los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de un hospicio). Se le puede pedir que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Guarde la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que deba presentarla más adelante.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras es miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de nuestra tarjeta de miembro de *Stanford Health Care Advantage*, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicio para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de la red y de equipo médico duradero.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

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 costo compartido del plan como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan deberá utilizar los proveedores de la red para recibir los beneficios del plan por su atención y servicios médicos cubiertos. Además, puede estar limitado a proveedores dentro la red de su proveedor de atención primaria (PCP) o grupo médico. Esto significa que el PCP o grupo médico que elija puede determinar los especialistas y hospitales que utiliza. Consulte la sección "Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos" de este documento para obtener más información sobre la elección de un PCP. Las únicas excepciones incluyen servicios de emergencia, de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *Stanford Health Care Advantage* autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través del Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). En el Departamento de Servicio para los miembros puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org, o descargarlo de este sitio web. Tanto el Departamento de Servicio para los miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra lista de proveedores de la red.

Sección 3.3 El *Directorio de farmacias*: su guía para conocer las farmacias de nuestra red

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org. También puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2020 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red**.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en *Stanford Health Care Advantage*. 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 *Stanford Health Care Advantage*.

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 más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org) o llamar al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que le ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

El resumen de las *Explicaciones de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de *Stanford Health Care Advantage*

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

Al ser miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual de cada plan que ofrecemos en el área de servicio. Además, usted 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).

Prima mensual del plan para 2020

Stanford Health Care Advantage ***Condados de Alameda, San Mateo y Santa Clara***	**Stanford Health Care Advantage Platinum**	**Stanford Health Care Advantage Gold**
El plan se aplica a miembros que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare y vivan en una de nuestras áreas de servicio. (El área de servicio del plan que se describe en la Sección 2.3 de este capítulo).	$99	$69

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

El programa "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre este programa. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura* no se aplique a su caso**. Le enviamos un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación:

- Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados "beneficios complementarios opcionales", usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. La prima para estos beneficios adicionales en 2020 es de $20. Si tiene preguntas sobre las primas del plan, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta "acreditable". ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El importe de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. La Sección 5 del Capítulo 1 explica qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

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

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

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

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

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en *Stanford Health Care Advantage*, le comunicamos el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de su prima del plan. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta por falta de pago de la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2019, el monto promedio de la prima fue de $33.19. Este monto puede cambiar en 2020.
- Para calcular su multa mensual, 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 $33.19, lo que equivale a $4.6466, que se redondea a $4.65. Esta suma se agregará **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. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.
- 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 por edad en Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse más tarde y que no se le cobre la multa

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si usted ya tiene una cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare llama a esto "**cobertura para medicamentos acreditable**". Tenga en cuenta lo siguiente:
    - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. 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.
        - Tenga en cuenta lo siguiente: si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura médica finalice, puede no significar que su cobertura para medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe

indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta "acreditable" que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.

  - 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.
  - Para obtener información adicional sobre las coberturas acreditables, consulte su manual *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la carta que recibió por primera vez en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

La mayoría de las personas paga la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si su ingreso personal es de $85,000 o más (o personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) o $170,000 o más para las parejas casadas, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. 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.**

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado (modified adjusted gross income, MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que tiene que pagar según su ingreso, visite https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

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

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

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si por ley usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagarán una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagarán una prima para la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**
- 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.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar https://www.medicare.gov en Internet o 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. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

El documento denominado *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020) incluye información sobre las primas de Medicare en la sección titulada "2020 Medicare Costs" (Costos de Medicare de 2020). Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del documento *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020) del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen tres formas para pagar la prima del plan. Si quiere cambiar la opción de pago de la prima, comuníquese con el Departamento de Servicio para los miembros. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, 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 prima de su plan se pague a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque

Puede enviar un cheque para pagar su prima mensual por correo postal a:

Stanford Health Care Advantage
P.O. Box 740408
Los Angeles, CA 90074-0408

Los cheques deben incluir su identificación de miembro y ser pagaderos a nombre de Stanford Health Care Advantage. No haga su cheque pagadero a nombre de CMS o HHS. Los cheques se deben enviar por correo. No aceptamos pagos de primas en persona.

Si se devuelve un cheque debido a fondos insuficientes, su banco puede cobrarle un recargo por devolución.

Las facturas de su prima mensual se emiten el día 10 del mes anterior, por ejemplo, el 10 de enero se emite la factura de febrero con el vencimiento del pago de la prima el 1 de febrero. Incluso si no recibe una factura, debe realizar el pago de la prima el 1 de mes o antes. Si no recibe la factura, póngase en contacto con nosotros para confirmar que tengamos la información de correo correcta. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

Opción 2: puede pagar con tarjeta de crédito

En lugar de enviar un cheque por correo todos los meses, puede elegir pagar su prima mensual utilizando la cuenta de una tarjeta de débito o crédito. Puede hacerlo en nuestro sitio web en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org.

Las facturas de su prima mensual se emiten el día 10 del mes anterior, por ej., el 10 de enero, se emite la factura de febrero con el vencimiento del pago de la prima el 1 de febrero. Si no recibe la factura, póngase en contacto con nosotros para confirmar que tengamos la información de correo correcta. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

Opción 3: puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros. Con gusto le ayudaremos con este asunto. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del primer (1.er) día de cada mes. Si no hemos recibido el pago de su prima antes del quinto (5.to) día de cada mes, le enviaremos un aviso en el que informaremos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos su prima en un plazo de 90 días. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la prima dentro del plazo establecido, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros para que le recomendemos programas que le ayudarán a pagar la prima del plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, Original Medicare brindará su cobertura de salud.

Si cancelamos su membresía en el plan debido a la falta de pago, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare, usted tendrá la opción de inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también ofrezca cobertura para medicamentos. (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).

En el momento en que cancelemos su membresía, nos seguirá debiendo las primas que aún no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago de las primas que nos deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le indica cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-855-996-8422, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días luego de la fecha en que se cancele su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

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.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, 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 reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa "Ayuda adicional" pagará parte de su prima mensual del plan. Si pierde su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional".

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre 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 costo 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 médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área 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.

Si hay algún cambio, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono se están impresos en la portada posterior de este folleto).

También es importante que se ponga en contacto 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.

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

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. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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 los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información personal de salud, consulte Sección 1.4 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura médica 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.

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

- 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 usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
    - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal 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 o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información de seguro, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). 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.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de *Stanford Health Care Advantage*** (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo puede comunicarse con el Departamento de Servicio para los miembros del plan) **27**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **35**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia en seguros de salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **36**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) **37**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **38**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) **39**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta.** **40**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios** **43**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?** **44**

SECCIÓN 1 Contactos de *Stanford Health Care Advantage* (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo puede comunicarse con el Departamento de Servicio para los miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicio para los 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 Servicio para los miembros de *Stanford Health Care Advantage*. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Departamento de Servicio para los miembros
LLAME AL	1-855-996-8422 Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El Departamento de Servicio para los miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-650-498-8724
ESCRIBA A	PO Box 2336 Dublin, CA 94568
SITIO WEB	https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando 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. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
LLAME AL	1-855-996-8422 Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El Departamento de Servicio para los miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-855-220-1426
ESCRIBA A	PO Box 410, 6655 Clark Avenue, Newark, CA 94560
SITIO WEB	https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
LLAME AL	1-855-996-8422 Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-650-498-8724
ESCRIBA A	PO Box 2336, Dublin, CA 94568
SITIO WEB	https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores 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. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para quejas sobre la atención médica
LLAME AL	1-855-996-8422 Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-650-498-8724
ESCRIBA A	PO Box 2336, Dublin, CA 94568
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *Stanford Health Care Advantage* directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o en relación con el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta del beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-800-243-2051 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 365 días del año.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 365 días del año.
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBA A	Attn: Prior Authorization Department 10680 Treena Street, Stop 5, San Diego, CA 92131
SITIO WEB	https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org

Cómo puede comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los 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 presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	800-243-2051 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 365 días del año.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 365 días del año.
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBA A	Attn: Appeals Department 10680 Treena Street, Stop 5, San Diego, CA 92131
SITIO WEB	https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras 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. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	800-243-2051 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 365 días del año.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles durante las 24 horas, los 365 días del año.
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBA A	Attn: Grievance Department 10680 Treena Street, Stop 5, San Diego, CA 92131
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Stanford Health Care Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde 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

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos)*.

Tenga en cuenta lo siguiente: 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 una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME AL	Las solicitudes de pago deben presentarse por escrito. Puede solicitar un Formulario de reembolso directo para miembros (Formulario DMR) al Departamento de Servicio para los miembros llamando al 1-855-996-8422. Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	Las solicitudes de pago deben presentarse por escrito. Puede solicitar un Formulario de reembolso directo para miembros (Formulario DMR) al Departamento de Servicio para los miembros llamando al 711. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-650-498-6072
ESCRIBA A	PO Box 445, 6655 Clark Ave., Newark, CA 94560
SITIO WEB	https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org

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

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de *Stanford Health Care Advantage*. • **Infórmele a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja sobre *Stanford Health Care Advantage* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://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 pueden ayudarle a que ingrese en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la

información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Medicare es el programa federal de seguros médicos 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 de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

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 sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En California, al SHIP se lo denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP).

El *HICAP* es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del *HICAP* pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (SHIP de California)
LLAME AL	1-800-434-0222
ESCRIBA A	**(Alameda)** jvandeusen@lashicap.org o 333 Hegenberger Rd. Suite 850, Oakland, CA 94621 **(San Mateo)** christinak@selfhelpelderly.org o 1710 S. Amphlett Blvd. Suite 100, San Mateo, CA 94402 **(Santa Clara)** ccorrales@coasiliconvalley.com o 2115 The Alameda, San Jose, CA 95126
SITIO WEB	https://cahealthadvocates.org/hicap/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

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

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

Método	Livanta (Organización para la mejora de la calidad de California)
LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	http://www.bfccqioarea5.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por sus coberturas para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 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.

Método	Información de contacto del Seguro Social
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

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.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos 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, póngase en contacto con Medi-Cal.

Método	Información de contacto de Medi-Cal (programa Medicaid de California)
LLAME AL	1-800-300-1506

Método	Información de contacto de Medi-Cal (programa Medicaid de California)
TTY	1-888-889-4500 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Medi-Cal Managed Care PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413 Dirección física: 1501 Capitol Ave., MS 4400, Sacramento, CA 95814
SITIO WEB	http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Contacts.aspx o http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

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

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.

Las personas con recursos e ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la "Ayuda adicional". Algunas personas reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional" en forma automática y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional" en forma automática.

Usted 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, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).

- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (para obtener información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

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 costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite 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.

- Si no está seguro de qué pruebas proporcionarnos, póngase en contacto con una farmacia de la red o el Departamento de Servicio para los miembros de Stanford Health Care Advantage al 1-855-996-8422, o si es usuario de TTY, llame al 711. Por lo general, las pruebas pueden ser una carta de Medicaid del estado o de la oficina del Seguro Social que confirme que usted reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional". También pueden ser un documento emitido por el estado con su información de elegibilidad relacionada con los servicios en el hogar y la comunidad.

- Es posible que usted o su representante designado deban brindarle las pruebas a la farmacia de la red cuando obtenga los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos para que podamos cobrarle el costo compartido correcto hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualicen sus registros para reflejar su estado actual. Una vez que CMS actualice sus registros, ya no deberá presentar las pruebas a la farmacia. Proporcione las pruebas de una de las siguientes maneras así podemos enviarlas a CMS para la actualización:
    - Escríbanos a Stanford Health Care Advantage, Attn: Best Available Evidence, PO Box 106146, Jefferson City, MO 65110.
    - Envíenos un fax al: 1-573-636-0676.
    - Llévelas a una farmacia de la red.

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo 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. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante para los medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa del período sin cobertura y que no estén recibiendo "Ayuda adicional". Para los medicamentos de marca, el descuento del 70% que brindan los fabricantes no incluye ningún costo de suministro en el período sin cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro para los medicamentos de marca.

Si alcanza la etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, el plan paga el 75% del precio por los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga, y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. También, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. *Stanford Healthcare Advantage* ofrece cobertura adicional durante la Etapa del período sin cobertura; los costos que paga de su bolsillo, en ocasiones, serán inferiores a los costos aquí mencionados. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa del período sin cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de obtener descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Qué ocurre si tiene 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 (AIDS Drug Assistance Program, 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 cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta; póngase en contacto con la Oficina del SIDA de California: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx. Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos

criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, comuníquese con la Oficina del SIDA de California en el sitio web del Departamento de Salud Pública de California en https://www.cdph.ca.gov.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la Oficina del SIDA de California al 1-844-421-7050.

¿Qué ocurre si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?

No. Si recibe "Ayuda adicional", usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante la etapa del período sin cobertura.

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

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, deberá revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo, o 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 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 tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, 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", podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

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

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

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan ... 48

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? ... 48

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan ... 48

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red para obtener atención médica ... 50

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica ... 50

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la aprobación de su PCP por adelantado? ... 51

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red ... 52

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red ... 54

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre ... 54

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica ... 54

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios ... 56

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre ... 56

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? ... 57

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos ... 57

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total ... 57

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? ... 58

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? ... 58

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? ... 59

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 60

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? 60

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan? 60

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos 61

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 61

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 atención médica cubierta. En él se incluyen definiciones de términos y se explican las normas que deberá respetar para obtener tratamientos médicos, servicios y otro tipo de atención médica que cubre 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 le corresponde pagar]*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados 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 atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo 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 directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios del proveedor.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, *Stanford Health Care Advantage* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Stanford Health Care Advantage, 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 folleto).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del 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 o centros de atención de enfermería especializada. (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 atención que puede recibir sin tener la autorización 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, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. (Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo).
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de recibir atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. (Para más información sobre cómo obtener autorización 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.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red 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 el PCP por usted?

Su PCP es su punto de contacto inicial para sus necesidades de atención médica. Recibirá atención básica y de rutina de su PCP, así como también remisiones cuando sea necesario consultar a un "especialista" para recibir atención médica especializada.

El PCP le ayudará a organizar o coordinar sus servicios cubiertos, como radiografías, análisis de laboratorio, tratamientos, ingresos en el hospital y atención de seguimiento en los tratamientos que reciba. Dado que el PCP brindará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP.

Ciertas pruebas y procedimientos requieren autorización previa, un proceso en el que su PCP obtiene nuestra aprobación por adelantado. Nuestro director médico puede ponerse en contacto con su PCP para analizar las opciones disponibles, las precauciones y las mejores prácticas reveladas mediante una investigación y estudios de caso en el tratamiento de afecciones similares a las suyas.

Sus proveedores de Stanford Health Care Advantage coordinarán las autorizaciones previas por usted. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de un análisis o un tratamiento, incluso si su plan lo cubre, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

Diversos tipos de proveedores pueden ser su PCP. Por lo general, los miembros seleccionan un médico de familia, un médico de cabecera o un internista como su PCP.

¿Cómo elige al PCP?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan deberá utilizar los proveedores de la red para recibir los beneficios del plan por su atención y servicios médicos cubiertos. Además, puede estar limitado a proveedores dentro la red de su proveedor de atención primaria (PCP) o grupo médico. Esto significa que el PCP o el grupo médico que usted elija podrían determinar los especialistas y hospitales a los que puede acudir. Consulte la sección "Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos" de este documento para obtener más información sobre la elección de un PCP.

Consulte el directorio de proveedores participantes del plan para obtener una lista de los PCP que se encuentran en la red de Stanford Health Care Advantage, o busque un PCP participante en línea en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org. Seleccione su PCP de esta lista. Quizás desee considerar algunos factores como la proximidad que hay entre el consultorio del médico y su hogar, sus preferencias de hospital y cualquier atención especializada que podría requerir. Puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros para obtener información que le ayude con su selección y confirmar la participación en la red. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

Cómo cambiar de PCP

Usted 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.

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan deberá utilizar los proveedores de la red para recibir los beneficios del plan por su atención y servicios médicos cubiertos. Además, puede estar limitado a proveedores dentro la red de su proveedor de atención primaria (PCP) o grupo médico. Esto significa que el PCP o grupo médico que elija pueden determinar los especialistas y hospitales incluidos en el plan que utiliza. Consulte la sección “Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos” de este documento para obtener más información sobre la elección de un PCP.

Su solicitud entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha en que nuestro plan reciba su solicitud.

Si desea cambiar de PCP, llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros así podemos ayudarlo. Cuando llame, indíquenos si está consultando a especialistas, obteniendo otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero) o programado para atención con autorización previa. El Departamento de Servicio para los miembros colaborará con usted y sus médicos para que pueda seguir recibiendo de manera continua atención especializada y otros servicios de salud. El Departamento de Servicio para los miembros también confirmará la fecha del cambio de su PCP, normalmente el primer día del mes siguiente, y coordinará una nueva tarjeta de miembro que muestre el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la aprobación de su PCP por adelantado?

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- 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, contra la hepatitis B y 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 proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no es posible comunicarse con ellos (por ejemplo, cuando usted está transitoriamente fuera del área de servicio del plan).
- 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 Servicio para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

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 muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Es posible que su PCP deba obtener una aprobación por adelantado del plan para un servicio antes de brindar o coordinar un servicio de salud que se le proporcionará. Esta aprobación por adelantado se denomina “autorización previa”. El plan o el grupo médico de su PCP tomarán la decisión de autorización previa. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Es muy importante que obtenga una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de que usted consulte a un especialista del plan o a otros proveedores (existen algunas excepciones, enumeradas anteriormente en la Sección 2.2). Si no obtiene una remisión

(aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios.

Si el especialista desea que usted regrese para obtener más atención, verifique con su PCP o solicítele al especialista que verifique que la remisión (aprobación por adelantado) que le dio su PCP para la primera consulta cubra más consultas con el especialista.

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan deberá utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Además, puede estar limitado a proveedores dentro la red de su proveedor de atención primaria (PCP) o grupo médico. Esto significa que el PCP o el grupo médico que usted elija podrían determinar los especialistas y hospitales a los que puede acudir. Consulte la sección "Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos" de este documento para obtener más información sobre la elección de un PCP.

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

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos nuestro mayor esfuerzo para enviarle un aviso en el cual se le explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros al 1-855-996-8422. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Los miembros pueden obtener servicios de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentren disponibles o no sean adecuados para cumplir con las necesidades médicas del miembro. Su PCP solicitará la autorización del plan para los servicios fuera de la red en su nombre.

Es muy importante que obtenga la aprobación del plan antes de programar o recibir servicios fuera de nuestra red (excepto por la atención de emergencia y atención de urgencia, y los servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, como se explica en la Sección 3 a continuación). Si no obtiene la autorización por adelantado del plan, es posible que deba pagar por esos servicios. Para obtener información sobre la cobertura de atención de emergencia y de urgencia fuera de la red, consulte la Sección 3 a continuación.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

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

Una **"emergencia médica"** ocurre 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, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o 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. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Póngase en contacto con Stanford Health Care Advantage (el número de teléfono está impreso en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro).

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

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. 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. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Puede recibir atención de emergencia o de urgencia cubierta limitada cuando está fuera de los Estados Unidos y sus territorios solo en circunstancias especiales si se inscribió en Stanford Health Care Advantage Platinum. Para obtener más información respecto de la cobertura de atención de emergencia o de urgencia mundial, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos 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 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 formas:

- 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 estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida que tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe intentar recibir los servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente y no sería razonable esperar para obtener la atención mediante su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Su PCP o el enfermero matriculado de la línea de enfermería pueden proporcionarle asesoramiento sobre cómo responder mejor a la enfermedad o lesión. También puede acudir a los centros de atención de urgencia de nuestra red.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

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

Solo el plan Stanford Health Care Advantage **Platinum** cubre los servicios de urgencia si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

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 sitio web https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red.

Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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 pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de 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

Stanford Health Care Advantage cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, los que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y los que cumplen con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Todos los costos que pague una vez que se llegue al límite del beneficio no se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros.

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 un "estudio clínico") es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, 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.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. 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 quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan o el PCP lo aprueben. *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.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica**.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) para informar que participará en un ensayo clínico y para conocer más detalles específicos sobre qué costos pagará su plan.

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, tendrá cobertura para artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

- 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.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido 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.

> *A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tiene que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibía como parte del estudio y cuánto debe. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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 cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.

- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.
- 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 tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

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 establecimiento que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

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

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 que "no esté exceptuado".

- La atención o el tratamiento médico que "no estén exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médico *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

- La atención o el tratamiento médico "exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* se consideran voluntarios o *que son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

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

No se aplican límites en la cobertura de Medicare para pacientes internados en un hospital según se describe en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

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

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Stanford Health Care Advantage, por lo general, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la posesión del artículo de DME. Comuníquese con el Departamento de Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los

números de teléfono) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de cambiar a Original Medicare para tener la posesión del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en el plan no se considerarán para los 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, estos pagos anteriores tampoco se tendrán en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

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

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 65

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 65

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 65

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos" 66

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 67

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 67

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar 106

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan? 110

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 110

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla el monto que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de *Stanford Health Care Advantage*. 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 costos que es posible que deba pagar de su bolsillo 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 abona 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 cumplen con los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si considera que le están pidiendo que pague algo que no le corresponde, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de *Stanford Health Care Advantage*, el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red en 2020 será de $5,900 para el plan Stanford Health Care Advantage Gold y de $4,900 para el plan Stanford Health Care Advantage Platinum.

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 las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo). Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $5,900 para el plan Stanford Health Care Advantage Gold y de $4,900 para el plan Stanford Health Care Advantage Platinum, no tendrá que seguir pagando ningún costo de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. No obstante, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

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

Como miembro de *Stanford Health Care Advantage*, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo 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.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre

servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).

- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

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 *Stanford Health Care Advantage* y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. 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 (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un PCP que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su médico de atención primaria (PCP) deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una "remisión". En el Capítulo 3, se incluye información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una.
- 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 una nota al pie en la Tabla de beneficios médicos.

- Es posible que también le cobremos "cargos administrativos" por faltar a una consulta o por no pagar el costo compartido requerido al momento del servicio. Llame al Departamento de Servicios para los miembros si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

Otros aspectos importantes que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2020 (Medicare y Usted 2020)*. Revíselo por Internet en https://www.medicare.gov o solicite 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 preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, 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.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2020, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Los servicios marcados con un [1] pueden requerir autorización previa.
Los servicios marcados con un [2] pueden requerir una remisión de su médico.
Los servicios con un * no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
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 usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura El plan cubre 15 consultas de acupuntura por año como máximo. El plan solo cubre la acupuntura proporcionada por un profesional de la red.	Copago de $10 por consulta por un máximo de 15 consultas por año.	Sin cobertura.
Servicios de ambulancia [1] • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede 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. El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. **Nota**: se requiere autorización previa solo para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.	Copago de $200 por viaje en ambulancia terrestre. Copago de $200 por viaje en ambulancia aérea.	Copago de $210 por viaje en ambulancia terrestre. Copago de $210 por viaje en ambulancia aérea.
Examen físico anual El examen físico anual de rutina incluye una examinación física integral y evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye análisis de	No se requiere coseguro, copago ni deducible por un examen físico anual de rutina.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por un examen físico anual de rutina.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Examen físico anual (continuación) laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológicas, pruebas de diagnóstico no radiológicas ni pruebas de diagnóstico. Un costo adicional puede aplicarse a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico realizada durante su consulta, tal como se describe para cada servicio separado en esta Tabla de beneficios médicos. Las consultas del examen anual de rutina no necesitan programarse con 12 meses de separación., pero están limitadas a una cada año calendario.		
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 cada 12 meses. **Nota**: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". No obstante, no es necesario haber realizado la consulta "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca [1] [2] 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 remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de $25 para servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de rehabilitación cardíaca intensivos.	Copago de $30 para servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de rehabilitación intensivos.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
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).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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 está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica [1] [2] Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación.	Copago de $20 para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.	Copago de $20 para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes servicios cada 12 meses como máximo: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal basado en guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (PIF) Prueba de detección de cáncer colorrectal basada en el ADN cada 3 años Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.		
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. *Hay beneficios adicionales ofrecidos como parte de nuestro beneficio complementario opcional. Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles.*	Consulte la Sección 2.2 para conocer los servicios dentales cubiertos por nuestro beneficio complementario opcional.	Consulte la Sección 2.2 para conocer los servicios dentales cubiertos por nuestro beneficio complementario opcional.
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes [1] [2] Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para pruebas 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: 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes o para suministros para controlar la glucosa en sangre.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes o para suministros para controlar la glucosa en sangre.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados [1] [2] (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “equipo médico duradero”). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos para generar el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.	20% del costo mensual hasta que el artículo se considere una compra (*consulte la Sección 7.1 del Capítulo 3 para obtener más información*).	20% del costo mensual hasta que el artículo se considere una compra (*consulte la Sección 7.1 del Capítulo 3 para obtener más información*).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados [1] [2] (continuación) Cubrimos todos los DME que sean médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org.		
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre 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, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia prestados fuera de la red es el mismo que por dichos servicios prestados dentro de la red.	Copago de $80. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, usted no debe pagar este copago. Consulte la sección “Atención para pacientes internados” de este folleto para conocer los demás costos. Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención O si debe recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que	Copago de $80. Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, usted no debe pagar este copago. Consulte la sección “Atención para pacientes internados” de este folleto para conocer los demás costos. Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención O si debe recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Atención de emergencia (continuación) La atención de emergencia está disponible a nivel mundial solo para los miembros del Plan Platinum. ***Recuerde que este servicio no se aplica al máximo que paga de su bolsillo.**	debería pagar en un hospital de la red. La atención de emergencia (fuera de los EE. UU. y sus territorios) está cubierta con un copago de $80, hasta una cobertura máxima anual de $10,000*.	debería pagar en un hospital de la red. La cobertura de emergencia/urgencia mundial (fuera de los Estados Unidos y sus territorios) no está cubierta.
Membresía en el gimnasio Programa de ejercicios y envejecimiento saludable de Silver&Fit® Este programa se ofrece únicamente a los miembros del Plan Platinum. Como miembro de Silver&Fit, tiene los siguientes beneficios disponibles sin costo para usted: 1. Membresía en un gimnasio: puede ir a un gimnasio de Silver&Fit, YMCA o centro de ejercicios* cercano que forme parte del programa. 2. Programa de acondicionamiento físico en el hogar: puede elegir de una variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar si no puede ir a un gimnasio o desea ejercitarse en su hogar. Puede obtener hasta 2 kits cada año de beneficios. Como miembro de Silver&Fit, también puede tener acceso a clases de ejercicios de bajo impacto de Silver&Fit (donde estén disponibles) que se centran en mejorar y aumentar la fuerza muscular y la resistencia, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movilidad, el equilibrio, la agilidad y la coordinación; sesiones de asesoramiento personales sobre estilo de vida por teléfono; clases de envejecimiento saludable (en línea o en DVD); videos de ejercicios por transmisión virtual;	Usted paga $0 por año por la membresía básica en cualquier centro participante de la red o por un kit para hacer ejercicios en el hogar.	Sin cobertura.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Membresía en el gimnasio (continuación) un boletín informativo trimestral; herramientas web y la aplicación móvil ASHConnect™. *Los servicios no estándares que requieren un cargo adicional no son parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial registrada a nivel federal de ASH.		
Programas educativos sobre salud y bienestar **Biblioteca de salud de Stanford** La biblioteca de salud de Stanford está disponible cuando necesita respuestas a sus preguntas de salud y quiere obtener más información. Nuestros bibliotecarios médicos tienen el conocimiento para responder sus preguntas, simples o complejas, con recursos que no encontrará en Internet. Llame a la biblioteca de salud de Stanford al 1-800-295-5177 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.	Copago de $0.	Copago de $0.
Servicios auditivos Las evaluaciones de diagnóstico auditivas 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 para los beneficios cubiertos por Medicare.	Copago de $0 para los beneficios cubiertos por Medicare.
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:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Prueba de detección de VIH (continuación) • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	VIH preventivas cubiertas por Medicare.	VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio [1 2] Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención de la salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	Copago de $0.	Copago de $0.
Atención en un hospicio Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificados por Medicare, Original Medicare, y no *Stanford Health Care Advantage*, paga los servicios del hospicio y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificados por Medicare, Original Medicare, y no *Stanford Health Care Advantage*, paga los servicios del hospicio y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Atención en un hospicio (continuación) normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención médica a domicilio. Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).	su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted no paga nada por la atención en un hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y los cuidados paliativos.	su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted no paga nada por la atención en un hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y los cuidados paliativos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Atención en un hospicio (continuación) Para los servicios cubiertos por *Stanford Health Care Advantage*, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *Stanford Health Care Advantage* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: 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 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.		
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe y hepatitis B.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe y hepatitis B.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Inmunizaciones (continuación) • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.		
Atención para pacientes internados en un hospital [1] Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. 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 radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas.	Copago de $275 por día para los días 1 a 7. No se cobran cargos por el resto de la hospitalización. Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centros de atención de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es ingresado como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si obtiene autorización	Copago de $275 por día para los días 1 a 7. No se cobran cargos por el resto de la hospitalización. Los copagos para los beneficios hospitalarios y de centros de atención de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es ingresado como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si obtiene autorización

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Atención para pacientes internados en un hospital [1] ***(continuación)*** • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados. 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 evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Stanford Health Care Advantage brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad (fuera del área de servicio) y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar alejado, 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 a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que	para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.	para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Atención para pacientes internados en un hospital [1] ***(continuación)*** done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. **Nota**: para ser un paciente internado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? (¿Está usted internado o es un paciente externo?) Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf. o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.		
Atención de salud mental para pacientes internados [1] [2] Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización en un hospital. La Parte A de Medicare cubre hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria para cada período de beneficios. Medicare también cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Los 90 días se brindan cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida solo se pueden utilizar una vez durante la vida del beneficiario para	Copago de $270 por día para los días 1 a 6. Usted no paga nada por día para los días 7 a 90. Los copagos se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados	Copago de $270 por día para los días 1 a 6. Usted no paga nada por día para los días 7 a 90. Los copagos se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Atención de salud mental para pacientes internados [1] [2] ***(continuación)*** la atención brindada en un hospital de cuidados intensivos o un hospital psiquiátrico. Medicare cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico se ofrecen una vez durante la vida del beneficiario. El pago no puede hacerse por más de un total de 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente durante la vida del paciente. Además, nuestro plan cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si debe permanecer en un hospital como paciente internado durante más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura por paciente internado se limitará a 90 días.	durante 60 días consecutivos Si usted ingresa en el hospital nuevamente después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe abonar el copago para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.	para pacientes internados durante 60 días consecutivos Si usted ingresa en el hospital nuevamente después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Usted debe abonar el copago para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta [1] [2] 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 atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos.	Cuando su hospitalización ya no esté cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones: Consulte la sección a continuación, Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico. Consulte la sección a continuación, Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros	Cuando su hospitalización ya no esté cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones: Consulte la sección a continuación, Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico. Consulte la sección a continuación, Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta [1] [2] (continuación)	para pacientes externos.	para pacientes externos.
• 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.	Consulte la sección a continuación, Dispositivos protésicos y suministros relacionados.	Consulte la sección a continuación, Dispositivos protésicos y suministros relacionados.
• 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.	Consulte la sección a continuación, Servicios de rehabilitación para pacientes externos.	Consulte la sección a continuación, Servicios de rehabilitación para pacientes externos.
Beneficio de comidas después del alta [1] [2]		
Inmediatamente después de una cirugía o una hospitalización, por una duración temporal de hasta cuatro semanas, por persona inscrita y por año, siempre y cuando sean solicitados por un médico o profesional no médico.	Copago de $0 por hasta 28 días/56 comidas como máximo.	Copago de $0 por hasta 28 días/56 comidas como máximo.
Si padece una afección crónica, incluida, entre otras, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o diabetes, durante un período temporal de hasta dos semanas por persona inscrita, por año, siempre y cuando sea solicitado por un médico o profesional no médico, y forme parte de un programa supervisado diseñado para ayudar en la transición del inscrito hacia las modificaciones del estilo de vida.	Copago de $0 por hasta 14 días/28 comidas como máximo.	Copago de $0 por hasta 14 días/28 comidas como máximo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
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 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 plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) 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 ordenar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare [1] La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:	20% del costo para los medicamentos cubiertos de la Parte B	20% del costo para los medicamentos cubiertos de la Parte B

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare [1] ***(continuación)*** • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC). • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • 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. • Antígenos. • Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare [1] ***(continuación)*** El Capítulo 5 explica el beneficio para 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 B y de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.		
Línea de consejos de enfermería La línea de consejos de enfermería es un servicio que está disponible únicamente para los miembros de Stanford Health Care Advantage, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita y fácil de realizar. Usted obtendrá ayuda de inmediato. Un enfermero certificado amable escuchará su problema de salud. El enfermero puede ayudarle a decidir lo siguiente: • Si necesita consultar al médico. • Si es seguro esperar o si necesita atención médica de inmediato. • Qué debe hacer si los síntomas empeoran. • Qué puede hacer en el hogar para sentirse mejor. En caso de emergencias que amenacen su vida o sus extremidades, siempre llame al 911 o a los servicios de emergencia locales. No tiene que llamar a la línea de consejos de enfermería antes de obtener atención médica. Llame a la línea de consejos de enfermería, 1-844-546-8773 (54-nurse). Los usuarios de TTY deben llamar al 711, durante las 24 horas, los siete días de la semana.	Copago de $0.	Copago de $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
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 el asesoramiento intensivo para ayudarle 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.
Servicios del programa de tratamiento para opioides [1] [2] La Parte B de Original Medicare cubre los servicios del tratamiento del trastorno por consumo de opioides. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas.	Copago de $20 para los beneficios cubiertos por Medicare.	Copago de $30 para los beneficios cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos [1] [2] Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tomografías computarizadas (Computerized tomography, CT), resonancias magnéticas (Magnetic Resonance Imaging, MRI).	Copago de $25. Copago de $210.	Copago de $45. Copago de $210.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos [12] (continuación)		
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros.	Coseguro del 20%.	Coseguro del 20%.
• Suministros quirúrgicos, como vendajes.	Coseguro del 20%.	Coseguro del 20%.
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.	Coseguro del 20%.	Coseguro del 20%.
• Análisis de laboratorio.	Copago de $10.	Copago de $10.
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	Copago de $0 para los servicios de sangre cubiertos por Medicare.	Copago de $0 para los servicios de sangre cubiertos por Medicare.
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos. **Nota**: si recibió varios servicios en la misma ubicación en el mismo día, solo se aplica el copago máximo.	Coseguro del 20% para los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.	Coseguro del 20% para los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Observación hospitalaria para pacientes externos [1 2] Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? (¿Está usted internado o es un paciente externo?) Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.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 en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Copago de $240 para servicios hospitalarios para pacientes externos que incluyen servicios de observación.	Coseguro del 20% para servicios hospitalarios para pacientes externos que incluyen servicios de observación.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Servicios hospitalarios para pacientes externos [1] [2] Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Análisis de laboratorio y pruebas 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 como paciente internado 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 externo y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? (¿Está usted internado o es un paciente externo?) Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o puede	Copago de $240 para servicios hospitalarios para pacientes externos que incluyen servicios de observación. Consulte Atención de emergencia. Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. Consulte Atención de salud mental para pacientes externos. Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.	Coseguro del 20% para servicios hospitalarios para pacientes externos que incluyen servicios de observación. Consulte Atención de emergencia. Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. Consulte Atención de salud mental para pacientes externos. Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Servicios hospitalarios para pacientes externos [1] [2] (continuación) 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 en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.		
Atención de salud mental para pacientes externos [1] [2] Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Consulta de terapia grupal para pacientes externos: copago de $20. Consulta de terapia individual para pacientes externos: copago de $20.	Consulta de terapia grupal para pacientes externos: copago de $20. Consulta de terapia individual para pacientes externos: copago de $30.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos [1] [2] Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos para pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	Consulta de terapia ocupacional: copago de $20. Consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje: copago de $20.	Consulta de terapia ocupacional: copago de $30. Consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje: copago de $30.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Servicios para trastornos por abuso de sustancias prestados por un médico, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional o programa de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Consulta de terapia grupal: copago de $20. Consulta de terapia individual: copago de $20.	Consulta de terapia grupal: copago de $20. Consulta de terapia individual: copago de $30.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios [1] [2] **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".	Copago de $240 para cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio. Copago de $240 para cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos.	Coseguro del 20% para cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio. Coseguro del 20% para cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos.
Servicios de hospitalización parcial [1] [2] La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio para pacientes externos en un hospital o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización del paciente.	Copago de $30 por día.	Copago de $30 por día.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico [1] [2] Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos 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.	Consulta al médico de atención primaria: copago de $10. Consulta con un especialista: copago de $20. Examen auditivo de diagnóstico: copago de $0.	Consulta al médico de atención primaria: copago de $10. Consulta con un especialista: copago de $30. Examen auditivo de diagnóstico: copago de $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico [1] [2] (continuación)		
• Determinados servicios de telesalud, incluidos para los siguientes casos: Salud general, como síntomas de la gripe o el resfriado, bronquitis, alergias, conjuntivitis, infección urinaria. Tiene la opción de recibir estos servicios ya sea mediante una consulta en persona o de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud. Las consultas de telesalud son una alternativa asequible para la atención médica que no es de emergencia. Al usar los servicios de telesalud, los miembros reciben atención de calidad y evitan incurrir en costos médicos innecesarios. Puede acceder a estos servicios usando la aplicación de Teladoc® en su iPhone o teléfono inteligente Android, a través de Teladoc.com o llamando al número gratuito 1-800-Teladoc. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una ESRD para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de una apoplejía aguda. • Breves consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico: si es un paciente registrado y la consulta virtual no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores, ni es anterior a una consulta	Consulta de telesalud con el médico de atención primaria: copago de $10.	Consulta de telesalud con el médico de atención primaria: copago de $10.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico [1] [2] ***(continuación)***		
en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación remota de video pregrabado o imágenes que usted envía a su médico, incluida la interpretación del médico y el seguimiento dentro de las 24 horas: si es un paciente registrado y la evaluación remota no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores, ni es anterior a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico: si es un paciente registrado. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.		
• Atención dental 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).	Consulta con un especialista: copago de $20. Consulta con un especialista: copago de $20.	Consulta con un especialista: copago de $30. Consulta con un especialista: copago de $30.
Servicios de podiatría [1] [2] Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).	Copago de $20.	Copago de $30.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Servicios de podiatría [1] [2] (continuación) • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.		
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados [1] [2] Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, 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).	20% del costo para dispositivos protésicos.	20% del costo para dispositivos protésicos.
Servicios de rehabilitación pulmonar [1] [2] Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Copago de $25 por los servicios cubiertos por Medicare.	Copago de $30 por los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Prueba 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.	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.	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.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de, al menos, 30 paquetes por año, que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para realizarse una LDCT durante consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y que sea prestada por un médico o profesional no médico calificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de la prueba de detección inicial mediante LDCT*: los miembros deben recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede ser	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones conjuntas cubierta por Medicare o para la LDCT.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones conjuntas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) (continuación) realizada durante cualquier consulta adecuada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide proporcionar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.		
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 2 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 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de ETS cubiertas por Medicare y el asesoramiento para el beneficio de prevención de ETS.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de ETS cubiertas por Medicare y el asesoramiento para el beneficio de prevención de ETS.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Servicios para tratar enfermedades renales [1] [2] Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:		
• Servicios de educación 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 etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.	Copago de $0 para servicios educativos sobre enfermedad renal.	Copago de $0 para servicios educativos sobre enfermedad renal.
• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3).	Coseguro del 10% para diálisis renal para pacientes externos.	Coseguro del 10% para diálisis renal para pacientes externos.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial).	No se aplica un cargo adicional para los servicios recibidos durante una hospitalización. Consulte la sección “Atención para pacientes internados” de esta Tabla de beneficios médicos para conocer el costo compartido aplicable para la hospitalización.	No se aplica un cargo adicional para los servicios recibidos durante una hospitalización. Consulte la sección “Atención para pacientes internados” de esta Tabla de beneficios médicos para conocer el costo compartido aplicable para la hospitalización.
• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).	Copago de $0.	Copago de $0.
• Equipo y suministros para autodiálisis en su hogar.	Coseguro del 10%.	Coseguro del 10%.
• 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).	Coseguro del 10%.	Coseguro del 10%.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Servicios para tratar enfermedades renales [1] [2] ***(continuación)*** Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección: "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".	20% del costo para los medicamentos cubiertos de la Parte B	20% del costo para los medicamentos cubiertos de la Parte B
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) [1] [2] (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF"). Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere una hospitalización previa. 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 a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.	Deducible anual de $0. Días 1 a 20: copago de $0 por día. Días 21 a 100: copago de $100 por día (no se requiere hospitalización previa). Se cubren hasta 100 días por período de beneficios. El período de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no haya sido paciente internado en	Deducible anual de $0. Días 1 a 20: copago de $0 por día. Días 21 a 100: copago de $150 por día (no se requiere hospitalización previa). Se cubren hasta 100 días por período de beneficios. El período de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no haya

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) [1] [2] ***(continuación)*** • 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. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de 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 esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.	sido paciente internado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.
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 tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco</u>: cubrimos servicios de asesoramiento para	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. 8 sesiones de asesoramiento grupal adicionales para dejar de fumar: copago de $0.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. 8 sesiones de asesoramiento grupal adicionales para dejar de fumar: copago de $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) (continuación) abandonar el hábito. Cubrimos dos intentos de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Además de los beneficios indicados anteriormente, cubrimos 8 consultas de asesoramiento adicionales para dejar de fumar.		
Terapia de ejercicio supervisado (SET) [1] [2] La SET está cubierta para miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tienen una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.	Copago de $25 para los servicios cubiertos por Medicare.	Copago de $30 para los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Terapia de ejercicio supervisado (SET) [1] [2] ***(continuación)*** El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.		
Servicios de transporte [1] [2] Los servicios de transporte de rutina se brindan cuando sea necesario facilitar el acceso que no sea de emergencia a la atención médica, como consultas al consultorio del médico. **Nota:** debe realizar los arreglos para el viaje al menos con setenta y dos (72) horas de anticipación llamando al 855-377-3111.	Copago de $0 para 24 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan por año.	Copago de $0 para 24 viajes de ida o de vuelta a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan por año.
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido por los servicios de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que por dichos servicios prestados dentro de la red. La atención de urgencia está disponible a nivel mundial solo para los miembros del Plan Platinum. ***Recuerde que este servicio no se aplica al máximo que paga de su bolsillo.**	Dentro de los EE. UU.: copago de $35. Si lo internan en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de urgencia. La atención de urgencia (fuera de los EE. UU. y sus territorios) está cubierta con un copago de $35, hasta una cobertura máxima anual de $10,000.*	Dentro de los EE. UU.: copago de $35. Si lo internan en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de urgencia. La cobertura de emergencia/urgencia mundial (fuera de los Estados Unidos y sus territorios) no está cubierta.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Atención de la vista		
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare 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 cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y estadounidenses de origen de hispano de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.	Consulta al médico de atención primaria: copago de $10. Consulta con un especialista: copago de $20.	Consulta al médico de atención primaria: copago de $10. Consulta con un especialista: copago de $30.
• 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).	Copago de $0 para un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.	Copago de $0 para un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.
Hay beneficios adicionales ofrecidos como parte de nuestro beneficio complementario opcional. Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Platinum)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios (Plan Gold)
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, indique que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar

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

Stanford Health Care Advantage (HMO) ofrece beneficios complementarios (beneficios que no están cubiertos por Medicare y no están incluidos en su paquete de beneficios) a nuestros miembros por una prima mensual adicional al plan de $20 por mes. Si escoge tener beneficios complementarios opcionales, debe pagar una prima adicional. Debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para recibirlos.

- Puede inscribirse para recibir los beneficios complementarios opcionales durante el Período de inscripción anual de Medicare desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- Las solicitudes realizadas durante el Período de inscripción anual de Medicare serán efectivas desde el 1 de enero.
- La inscripción en los beneficios complementarios opcionales está limitada a ciertas épocas del año.

- Debe obtener atención cubierta de los proveedores de la red, excepto para servicios de emergencia o urgencia.
- Si no logra pagar la prima mensual para los beneficios complementarios opcionales, perderá los beneficios complementarios, pero seguirá inscrito en Stanford Health Care Advantage Platinum o Gold.
- Puede cancelar su inscripción a los beneficios complementarios opcionales en cualquier momento. Si cancela su inscripción, no será elegible para inscribirse hasta el próximo período de elección anual para cobertura efectiva desde el año siguiente.
- Los miembros inscritos en un beneficio complementario opcional tienen una prima mensual del plan y tienen derecho a un reembolso por cualquier pago excesivo de las primas del plan realizado durante el año o en el momento de la cancelación de la inscripción. Los pagos excesivos de las primas del beneficio complementario opcional se reembolsarán según sea necesario o si se solicita la cancelación de la inscripción. Reembolsaremos cualquier pago excesivo en un plazo de 30 días hábiles de la notificación. Es posible que apliquemos su pago en exceso de las primas del plan del beneficio complementario opcional a las primas mensuales del plan de salud, si las hubiera.
- Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de atención para los miembros al 1-855-996-8422 (TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- También puede hablar directamente con un representante de VSP llamando al 1-844-636-8439.
- También puede hablar directamente con un representante de Delta Dental llamando al 1-844-519-8753.

Servicios complementarios (VSP & Delta Dental)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prima mensual	$20
Examen WellVision Se enfoca en sus ojos y bienestar general	Copago de $25 cada año calendario
Anteojos con receta • **Montura** (incluida en los anteojos con receta)	Asignación de $150 para una amplia selección de monturas cada dos años calendario

Servicios complementarios (VSP & Delta Dental)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Anteojos con receta (continuación)	Asignación de $170 para marcas de monturas destacadas cada dos años calendario Ahorros del 20% en el monto sobre su asignación cada dos años calendario
• **Lentes** (incluidos en los anteojos con receta)	Lentes monofocales, bifocales y trifocales cada dos años calendario
• **Actualizaciones de lentes**	Copago de $55 para lentes progresivos estándar cada dos años calendario Copago de $95 a $105 para lentes progresivos de alta calidad cada dos años calendario Copago de $150 a $175 para lentes progresivos personalizados cada dos años calendario Ahorros en promedio de 20% a 25% en las otras actualizaciones de lentes
• **Lentes de contacto** (en lugar de anteojos)	Asignación de $150 para lentes de contacto cada dos años calendario Copago máximo de $60 por el examen de lentes contacto (ajuste y evaluación) cada dos años calendario
Ahorros adicionales	
• **Anteojos y lentes de sol**	$20 adicionales para gastar en marcas de monturas destacadas (consulte www.vsp.com/specialoffers para obtener más detalles) Ahorros del 20% en anteojos y lentes de sol adicionales, incluidas actualizaciones de lentes, de cualquier proveedor VSP dentro de los 12 meses de su último examen WellVision

Servicios complementarios (VSP & Delta Dental)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Anteojos con receta (continuación)	
• **Examen de retina**	Un copago de $39 como máximo en el examen de retina de rutina como una actualización a un examen WellVision
• **Corrección visual láser**	Un descuento promedio del 15% del precio regular o descuento de 5% del precio promocional **Los descuentos solo están disponibles en centros contratados*
Servicios odontológicos integrales	
• **Servicios preventivos** Exámenes bucales iniciales/de rutina, limpieza de dientes, tratamiento con flúor, sellado, radiografías como parte de un examen general, asesoramiento nutricional e instrucciones de higiene bucal	Copago de $0
• **Servicios generales** Empastes, anestésicos generales, consulta, tratamiento paliativo de dolor dental	Copago de $0-$125
• **Servicios principales** Coronas, puentes fijos y removibles, dentaduras postizas completas y parciales, cirugía bucal, periodoncia, endodoncia *Consulte el **Anexo sobre beneficios de Delta Dental de Stanford Health Care Advantage** para obtener más detalles sobre la cobertura de beneficios dentales.	Copago de $5-$445

Nota: a continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro de Delta Dental para que tenga una idea de cómo será la suya (*no hay una tarjeta de miembro aparte para obtener el beneficio de la vista complementario opcional*):

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre 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. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no lo cubre.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que o 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. No pagaremos los servicios médicos excluidos que figuren en la siguiente tabla, salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Como única excepción, pagaremos si, en una apelación respecto de un servicio de la siguiente tabla, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la siguiente tabla.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios según las normas de Original Medicare.	✓	
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Habitación privada en un hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
*El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos.		✓ • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.
Entrega de comidas a domicilio.		✓
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		✓ Cubierta solo si se compra el beneficio complementario opcional. Consulte la Sección 2.2 en este capítulo para obtener más información.
Atención dental que no sea de rutina.		✓ Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención de rutina de los pies.		✓ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Zapatos ortopédicos.		✓ Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.
Dispositivos de apoyo para pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.	✓	
Examen de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de ayuda para la visión reducida.		✓ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas después de una cirugía de cataratas. Beneficios adicionales ofrecidos en el beneficio de la vista complementario disponible por un costo adicional. Consulte la Sección 2.2 en este capítulo para obtener más información.
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	

* El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

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 ... 118
Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D ... 118
Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D ... 118

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ... 119
Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red ... 119
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red ... 119
Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan ... 121
Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo ... 122
Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan ... 122

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ... 123
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos ... 123
Sección 3.2 Hay seis "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos ... 124
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? ... 125

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos ... 125
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ... 125
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? ... 126
Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? ... 127

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera? ... 127
Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera ... 127

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?..... 128
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?..... 130

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 131
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año..... 131
Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando? 132

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 134
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 134

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta 135
Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro..... 135
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? 135

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 136
Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?..... 136
Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?..... 136
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?..... 137
Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?..... 138

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos..... 138
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura..... 138
Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides 139
Sección 10.3 Manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos..... 140

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

El programa "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no aplique para usted en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** Le enviaremos un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de la cobertura para los medicamentos de la Parte D, *Stanford Health Care Advantage* también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*), se detallan los beneficios y costos de los medicamentos durante las estadías cubiertas en el hospital o centro de atención de enfermería especializada, así como también los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*. Para obtener más información sobre la cobertura de hospicios, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

Las siguientes secciones son sobre la cobertura de sus medicamentos en virtud de las normas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 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 tener un proveedor (un médico, odontólogo u otra persona autorizada) para dar recetas.

- La persona autorizada a dar recetas debe aceptar Medicare o presentar la documentación ante CMS para demostrar que reúne los requisitos para emitir recetas, si no se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que llame o lo visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo que la persona autorizada a dar recetas envíe la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o 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, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos las recetas 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 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*; visite nuestro sitio web (https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org), o llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si estaba usando una farmacia de la red, pero ha cambiado a otra y tiene que volver a obtener un medicamento que estaba tomando, puede pedir que le transfieran su receta a la nueva farmacia 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 de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen 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). Por lo general, un centro LTC (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los 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 proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias* o llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

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 proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar ***al menos*** **un suministro para 84 días del medicamento y un suministro de 90 días** ***como máximo*****.**

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo postal, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros al número gratuito 855-873-8739, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. y sábados de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora estándar del centro.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 10 días como máximo. En el caso poco probable de que se atrase el medicamento con receta de pedido por correo, póngase en contacto con el Servicio de asistencia de farmacias al 1-800-243-2051 o si es usuario de TTY, llame al 711. Coordinaremos para que retire el medicamento con receta en la farmacia de la red que le quede más cómoda.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de detener o postergar el pedido antes de que se le facture y envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta para evitar demoras en el envío.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para los resurtidos de sus medicamentos con receta, comuníquese con su farmacia con al menos 10 días (y hasta 22 días para un suministro de 90 días) de anticipación antes de que, según sus cálculos, se terminen los medicamentos que tiene, a fin de asegurarse de que el próximo pedido se envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Asegúrese de que el plan cuente en todo momento con su información de contacto actualizada. Si necesita actualizar su número de teléfono o dirección, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, el costo 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 enfermedad crónica o prolongada). Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar al menos un suministro para 84 días del medicamento y un suministro para 90 días *como máximo*. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen 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. Si no puede usar una farmacia 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 no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable en auto o no hay farmacias de la red que proporcionen servicios durante las 24 horas, los siete días de la semana.
- Si intenta obtener un medicamento con receta que no se encuentra regularmente en existencia en farmacias accesibles de la red minoristas o que brinden servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos costosos y singulares).
- Si se le administra una vacuna que es médicamente necesaria pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare u otros medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico.

- Si necesita un medicamento con receta que está relacionado con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia.
- Si es desalojado o desplazado de otro modo de su hogar debido a una declaración de desastre federal o de una emergencia de salud pública.
- Los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red se limitan a un suministro para 34 días. El pedido por correo se deber utilizar para viajes extendidos fuera del área.

En estos casos, **primero consulte con el Departamento de Servicio para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los 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?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento con receta (en lugar de pagar la parte del costo que habitualmente le corresponde) cuando lo obtenga. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 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 debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

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 *ya sea que*:

- Esté aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- *O bien,* esté avalado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, Sistema de Información DRUGDEX. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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 (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista un medicamento en particular.

Sección 3.2 Hay seis "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

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

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos no preferidos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos (única fuente).
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de marca no preferidos (única fuente).
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos especializados.

- El Nivel 6 de costo compartido incluye medicamentos de atención selecta.

Para saber en qué nivel de costo compartido 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 costo compartido.

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

Hay dos formas de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan (https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llame al Departamento de Servicio para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

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 desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. 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 alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y los costos compartidos de los 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.

Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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 costos compartidos en función de factores como la dosis, la cantidad o la forma farmacéutica del medicamento con receta por su proveedor de salud (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?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted *O* ha escrito "Sin sustitución" en la receta para un medicamento de marca *O BIEN* nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

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**". A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

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 le da ningún resultado, el plan

cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina "**tratamiento escalonado**".

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visite nuestro sitio web (https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org).

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. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con el Departamento de Servicio para los 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 no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas 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. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los seis niveles diferentes de costo compartido. El monto que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- 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 costo 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.

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 se incluye lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar la solicitud para que se le cubra el 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.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan**.
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior**. Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse 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 (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 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 anteriormente mencionada.

Para pedir un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

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. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

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 médico puede ayudarle 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 actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Los miembros actuales pueden solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma

afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Los medicamentos en los Niveles 1, 5 y 6 no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto del costo compartido para medicamentos en estos niveles.

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 ocurren al principio 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 realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**. Nuevos medicamentos que ahora están disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno da su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir cambios que se hayan realizado después de la última actualización. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando. También puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
  - Si un medicamento de marca que está tomando es sustituido por un medicamento genérico, el plan debe avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o avisarle sobre el cambio y suministrarle un resurtido para 30 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar al plan que haga una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podríamos hacer cambios según las advertencias de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman ese medicamento: por cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año por cualquier cambio sobre los medicamentos.

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 recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

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 cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.
    - En general, la cobertura del "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son: American Hospital Formulary Service Drug Information, Sistema de Información DRUGDEX. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.

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

Si usted recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto 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 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan la parte que *nos* corresponde del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de resurtir su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

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 2.1 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, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tenga en cuenta lo siguiente: cuando usted ingresa, reside o sale de un centro de atención de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de la membresía en el plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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 es residente de 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 el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un suministro máximo de al menos 31 días o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LTC] puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para

evitar el uso indebido). Si ha estado inscrito en el plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción respecto de la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

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. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, 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 usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer.

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

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. 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" y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

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

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los 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 recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o del empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere de un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le proporcione el medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar 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 están recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento 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 indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras 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) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta u otros medicamentos que con frecuencia se usan mal. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Si al trabajar con sus médicos, decidimos que está en peligro de un uso incorrecto o abuso de sus medicamentos opioides o benzodiacepínicos, podemos limitar la forma en la que puede obtener esos medicamentos. Estas limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o benzodiacepínicos en una sola farmacia.
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o benzodiacepínicos de un solo médico.
- Restringir la cantidad medicamentos opioides o benzodiacepínicos que cubrimos para usted.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá información que explicará las condiciones de las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de usar incorrectamente los medicamentos con receta o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El DMP puede no aplicarse a su caso si usted tiene determinadas afecciones, como cáncer, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y los costos de sus medicamentos son elevados.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toma. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos por diferentes afecciones médicas pueden obtener los servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. 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 por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su consulta anual de "bienestar", para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de salud. Además, lleve con usted su lista de medicamentos (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 preguntas sobre el programa, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

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

SECCIÓN 1 Introducción 144

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explique la cobertura para medicamentos 144

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 145

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento 146

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Stanford Health Care Advantage*? 146

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 148

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D") 148

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 148

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold* No se aplican deducibles para *Stanford Health Care Advantage Platinum* 150

Sección 4.0 Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage Platinum* 150

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $250 para los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold* 150

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 151

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 151

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 152

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo 154

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* hasta 90 días 155
Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,020 156

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, el plan proporciona cierta cobertura para medicamentos 157
Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $6,350 157
Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 158

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 160
Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 160

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 160
Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 160
Sección 8.2 Usted puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros antes de administrarse una vacuna 162

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

El programa "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no aplique para usted en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** Le enviaremos un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explique la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted 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 que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, a esto lo denominamos la "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos le indica los medicamentos que están cubiertos para usted.

  - También le dice en cuál de los seis "niveles de costo compartido" se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). En el *Directorio de farmacias* encontrará una lista de las farmacias de la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos 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. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido"; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **"copago"** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **"coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

SECCIÓN 2 El precio 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 *Stanford Health Care Advantage*?

Tal como se muestra en la tabla que aparece en la página siguiente, hay "etapas de pago de los medicamentos" para su cobertura para medicamentos con receta por parte de *Stanford Health Care Advantage*. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Tenga presente que siempre es su responsabilidad el pago de la prima mensual del plan independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage Platinum*: Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso. **Si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold***: Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de los *Niveles 3, 4 y 5*. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $250 por sus medicamentos de los *Niveles 3*, *4 y 5*. ($250 es el monto de su deducible para los *Niveles 3, 4 y 5*). (Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo).	**Si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage Platinum***: Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y **usted paga su parte del costo**. Permanece en esta etapa hasta que los "**costos totales de los medicamentos**" del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los $4,020. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo). **Si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold***: Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos de los *Niveles 1 a 6*, y **usted paga su parte del costo.** Después de que usted (u otros en su nombre) haya alcanzado el deducible de los *Niveles 3, 4 y 5*, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos de los *Niveles 1 a 6* y usted paga su parte. Permanece en esta etapa hasta que los **"costos totales de los medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los $4,020. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	**Si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage (Platinum o Gold)***: Para medicamentos genéricos, usted paga un copago de $5 o el 25% del costo (el que sea menor) para el Nivel 1, un copago de $2 o el 25% del costo (el que sea menor) para el Nivel 6 (suministro para 1 mes/farmacia minorista), y un copago de $15 o el 25% del costo (el que sea menor) para el Nivel 1 o un copago de $6 o el 25% del costo (el que sea menor) para el Nivel 6 (suministro para 3 meses/ farmacia minorista), y un copago de $10 o el 25% del costo (el que sea menor) para el Nivel 1, un copago de $4 o el 25% del costo (el que sea menor) para el Nivel 6 (suministro para 3 meses/ farmacia minorista). En el caso de los medicamentos de marca, usted paga el 25% del precio (además de una parte del costo de suministro). Usted permanece en esta etapa hasta que los **"costos que paga de su bolsillo"** del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de $6,350. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma. (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).	**Si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage (Platinum o Gold)***: Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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 informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D")

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 en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo **"que paga de su bolsillo"**.
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Esto incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos 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 lo denomina 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.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada, siempre y cuando:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que se están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (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 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando 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.

- **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 los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), por el Servicio de salud para la población india estadounidense y por la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que 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 por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”), revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold* No se aplican deducibles para *Stanford Health Care Advantage Platinum*

Sección 4.0 Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage Platinum*

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado **$250** para los **medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 si está inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold***

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de $250 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. **Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5** hasta que llegue al monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.

- El **"costo total"** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado $250 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, saldrá de la Etapa del deducible y pasará a la siguiente etapa de pago de los medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

No se aplican deducibles para *Stanford Health Care Advantage Platinum*. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando obtiene el primer medicamento con 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 en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos 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 de dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

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

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos no preferidos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos (única fuente).
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de marca no preferidos (única fuente).
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos especializados.
- El Nivel 6 de costo compartido incluye medicamentos de atención selecta.

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de las siguientes farmacias:

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan
- Una farmacia minorista que no está en la red de nuestro plan
- Una farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

- El **"copago"** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **"coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla que aparece en la página siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo 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 costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $5.00	Copago de $5.00	Copago de $5.00

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo 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 2 de costo compartido (medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de $15.00	Copago de $15.00	Copago de $15.00
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de $47.00	Copago de $47.00	Copago de $47.00
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de $100	Copago de $100	Copago de $100
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados) Plan Platinum	33% del costo	33% del costo	33% del costo
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados) Plan Gold	28% del costo	28% del costo	28% del costo
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos de atención selecta)	Copago de $2.00	Copago de $2.00	Copago de $2.00

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para 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 para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el monto que usted paga será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
    - A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es $30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos para no tener que viajar tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

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") cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La tabla que aparece en la página siguiente muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de hasta 90 días de un medicamento.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) **(un suministro para 90 días como máximo)**	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** **(un suministro para 90 días como máximo)**
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $15	Copago de $10
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos no preferidos)	Copago de $45	Copago de $30
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de $141	Copago de $94
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de $300	Copago de $200

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) **(un suministro para 90 días como máximo)**	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** **(un suministro para 90 días como máximo)**
Nivel 5 de costo compartido **(medicamentos especializados)**	Un suministro a largo plazo no está disponible en el Nivel 5	Un suministro a largo plazo no está disponible en el Nivel 5
Nivel 6 de costo compartido **(medicamentos de atención selecta)*** *Solo para el Nivel 6, el suministro para 3 meses en lugares minoristas y de pedido por correo se administrará como un suministro para 100 días (en lugar de un suministro para 90 días).	Copago de $6	Copago de $4

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,020

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de $4,020 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye lo siguiente:
  - Los $250 que pagó cuando se encontraba en la Etapa del deducible si está inscrito en Stanford Health Care Advantage Gold. Usted no debe pagar deducible si está inscrito en Stanford Health Care Advantage Platinum.

  - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.

- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2020, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, como así también terceros, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de $4,020.

Le informaremos cuando alcance el monto de $4,020. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, el plan proporciona cierta cobertura para medicamentos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $6,350

Cuando está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrecerá descuentos del fabricante para medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplazara a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga, y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y el 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En el 2020, esta cifra asciende a $6,350.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llegue al límite de $6,350 de lo que paga de su bolsillo, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en los costos que debe pagar de su bolsillo

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del deducible.
  - La Etapa de cobertura inicial.
  - La Etapa del período sin cobertura.
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año calendario como un 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 costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúan **otras personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $6,350 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que debe pagar de su bolsillo

Cuando suma los costos que debe pagar de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras estaba en la Etapa del período sin la cobertura.
- 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).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos para medicamentos que paga de su bolsillo, debe comunicárselo a nuestro plan. Llame al Departamento de Servicio para los miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Cómo se puede llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $6,350 en el año, este informe le dirá que ha pasado de la Etapa del período sin cobertura 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 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $6,350 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

Su parte del costo para un medicamento cubierto será la cantidad que sea *mayor* entre un coseguro y un copago:

- *Ya sea* el coseguro del 5% del costo del medicamento.
- *O bien,* $3.60 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $8.95 para todos los demás medicamentos. Nuestro plan paga el resto del costo.

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

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

Nuestro plan ofrece cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **del medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- 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).

¿Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario).*
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna**

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del deducible (Plan Gold) y la Etapa del período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan paga 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, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.

- Entonces podrá pedirle al plan que le pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que usted paga menos el copago normal para la vacuna (incluida la administración).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total por 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 de este folleto.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por administrarle la vacuna.

Sección 8.2 Usted puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros antes de administrarse una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero al Departamento de Servicio para los miembros cuando esté planeando vacunarse. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para conseguir que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 165

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 165

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 167

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago 167

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 168

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 168

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 168

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 169

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 169

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama "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.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede 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**

   Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

   - Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos 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 algunas veces 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 al proveedor se le debe algo, le pagaremos 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.

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 de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo 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. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe 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 está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva 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 la documentación correspondiente para el reembolso.

Llame al Departamento de Servicio para los miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).

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

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro 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.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; 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.

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. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con 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.

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

PARA SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS
Stanford Health Care Advantage
Attn: Claims Reimbursement
PO Box 445
Newark, CA 94560

PARA MEDICAMENTOS CUBIERTOS
Stanford Health Care Advantage
Attn: MedImpact Claims Reimbursements
10680 Treena Street, Stop 5
San Diego, CA 92131

Debe presentarnos la reclamación en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

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 petición 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 para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- 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. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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 usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una

apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como "apelación". Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. **Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio**

   A veces, cuando está en la Etapa del deducible (aplicable a los miembros del plan Gold) o en la Etapa del período sin cobertura, puede comprar el medicamento **en una farmacia de la red** a un precio menor que nuestro precio.

   - Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
   - Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si está en la Etapa del deducible (aplicable para los miembros del Plan Gold) o la Etapa de período sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de estos costos de los medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

2. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** puesto que usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, este no pagará ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 173

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) 173

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 174

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 174

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 176

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 177

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 179

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 180

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos? 180

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan..... 181

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 181

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información sin cargo en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y adecuado. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o comuníquese con Chantelle Muafono a 1-925-263-5829.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan en un formato que le resulte accesible y adecuado, llame para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en la Evidencia de cobertura o en este correo, o bien puede comunicarse con el Departamento de Servicio para los miembros para obtener más información.

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

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact Chantelle Muafono at 1-925-263-5829.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights.

Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

我們的計劃配有專員及免費的翻譯服務，可回答殘障會員和不□英語的會員提出的問題。我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您□□及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底），或致電 1-925-263-5829 聯絡 Chantelle Muafono。

如果您在從本計劃獲取適當格式的資訊時遇到任何困難，請致電會員服務部提出申訴（電話號碼印在本手冊封底）。您亦可撥打 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) 向 Medicare 提交投訴，或直接向民權辦公室提出投訴。聯絡資訊包含在本承保範圍□明書或本郵件中，您也可以聯絡會員服務部獲得更多資訊。

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 da una explicación más amplia). Llame al Departamento de Servicio para los miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Como miembro del plan, 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 plazo 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 usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le explica lo que puede hacer).

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

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

- Su "información de salud personal" 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.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina "Notice of Privacy Practice" (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.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo.* El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - 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 reglamentos federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. 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 salud 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.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

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

En su condición de miembro de *Stanford Health Care Advantage*, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores del plan de 2020.
  - Para obtener una lista de farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias del plan de 2020.
  - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visitar nuestro sitio web en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
  - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6 de este folleto, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.

  - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
  - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de salud cuando solicite 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:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio 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 la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

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 realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez 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 instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados "**testamento vital**" y "**poder de representación para las decisiones de atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **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 le ayude a prepararlo.

- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso 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 instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y considera que el médico o el hospital no han seguido dichas instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de California o la Oficina del Procurador General.

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

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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 o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿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 Servicio para los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

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

- Puede **llamar al Departamento de Servicio para los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir, y lo que paga.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan 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. Llame al Departamento de Servicio para los miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
    - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta 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 dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su 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, incluso medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
    - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted

pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
  - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros 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. Este será un copago (un monto fijo) *O* coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
  - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - **Incluso 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, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame al Departamento de Servicio para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros están impresos en la portada posterior de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

ANTECEDENTES 188

SECCIÓN 1 Introducción 188
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 188
Sección 1.2 Acerca de los términos legales 188

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 189
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 189

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 189
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 189

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 190

SECCIÓN 4 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 190
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general 190
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 191
Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación? ... 192

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 193
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 193
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 195
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 199
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 203

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 205

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 206

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 206

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 208

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones. 210

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 211

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 215

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 218

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 220

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 221

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 222

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 225

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 226

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 229

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca 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) 229

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 230

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 231

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 233

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 234

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 237

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 237

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para medicamentos de la Parte D 239

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 240

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 240

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 240

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” 242

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja 243

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad 244

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 244

ANTECEDENTES

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 tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentación de quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal 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 simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Sin embargo, en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender 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 SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

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.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja 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 sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Petición de decisiones 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 servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista.

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 usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

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 el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare 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 y no se siente satisfecho con ella, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es leída por personas diferentes de las que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2, la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Nos puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**

  - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
  - 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 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.

- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) y pida el formulario "Nombramiento de representante legal". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org. El formulario le otorga a esa persona la autorización para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** 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 remisión. 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?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno 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 pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

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 servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura para atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, como así también medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, explicaremos de qué manera las normas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos 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 la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.

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.

3. Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.

4. Recibió atención o servicios médicos, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

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.

   NOTA: **si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF),** debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

   - Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
   - Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un CORF.

   Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**.
¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **"determinación de la organización"**.

<u>Paso 1:</u> usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cobertura".**

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una **"determinación acelerada".**

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- 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, su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en*

contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, **le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud**.

- **No obstante,** en el caso de una solicitud **para un artículo o servicio médico**, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
  - **No obstante,** en el caso de una solicitud para un **artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión rápida de cobertura**, **debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico nos 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 decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le dirá que, si su médico le pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura de una solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un **plazo de 24 horas**.
  - Podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de

24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

  - Si no le damos la respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período) o 24 horas si la solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura para la atención médica que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud para un artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura"

- Normalmente, para una decisión estándar de cobertura de una solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.** Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período) o en 72 horas si la solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 14 días calendario, o 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, después de recibir la solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud para un artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período.

- **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 3: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).
    - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el Formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, póngase en contacto con

el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) y solicite el formulario de "Nombramiento de un representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de denegar su apelación.

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

- 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".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación

rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).

- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **nosotros podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si 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 independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **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 parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta de una solicitud para un artículo o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación, si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su

solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación, si esta es sobre la cobertura de un medicamento con receta de la Parte B que aún no ha recibido. Le daremos la respuesta antes si su afección así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **nosotros podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta para la fecha indicada que corresponde (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales para una solicitud para un artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario, o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**. Se nos permite cobrarle un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación "rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación "rápida", recibirá automáticamente una apelación "rápida" en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido 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** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B.

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 una parte o la totalidad** de una solicitud para un artículo o servicio médico**,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares o en el plazo de 72 horas de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en disputa **en el plazo de 72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares** o **en el plazo de 24 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe

de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

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 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió 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 correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no 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 rechazamos su solicitud de pago, equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

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 presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó 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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

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

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se tratan solamente 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".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura".**

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como las siguientes:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario).*
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	**¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?**	**¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?**	**¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?**
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. 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 la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos", para abreviarla).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario"**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos de marca del Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto**. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones **"excepción al formulario".**

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
    - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
    - *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").
    - *Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "tratamiento escalonado").
    - *Límites de cantidad*. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel".**

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento en el monto de costo compartido que se aplica para los medicamentos alternativos. Esto disminuiría la parte que paga del costo del medicamento.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido para cualquier medicamento en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), Nivel 5 (medicamentos especializados) o Nivel 6 (medicamentos de atención selecta).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

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.

Habitualmente, 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 solicita una excepción del nivel, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido inferiores no funcionen tan bien en su caso.

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 de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre el (los) medicamento(s) que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D*. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección denominada *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.*

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos "declaración de respaldo"). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O 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. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web en https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org.

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una **"determinación acelerada de cobertura".**

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que tendremos una respuesta en un plazo 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
    - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
    - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*

- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
    - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
    - En esta carta se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
    - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
    - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. 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 externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **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 nuestra decisión.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas.**
    - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. 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 independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida 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 nuestra decisión.

Plazos 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 independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **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 nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una "**redeterminación**" del plan.

Paso 1: nos contacta y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con nosotros.**
  - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** *(Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D)*.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos 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 tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
  - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"redeterminación acelerada".**

Si su salud lo requiere, pídanos 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.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una 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 pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - 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. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **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.
- **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 para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una "apelación rápida".
    - 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. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de 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.
- Si está solicitando el reembolso del costo 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 le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a 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 nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE"**.

<u>Paso 1:</u> para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **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 ponerse en contacto con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**. Se nos permite cobrarle un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

<u>Paso 2:</u> la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y

no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión 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.
- **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.

Plazos para una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
  - **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si la Organización de revisión independiente aprueba una 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 aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de 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. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

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. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la "**fecha del alta**".
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

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

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *"An Important Message from Medicare about Your Rights"* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). 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.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se explican sus derechos como paciente internado, incluidos los siguientes:
   - 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, y saber quién pagará por ella.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le

indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso firmado para que tenga a mano 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 antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) 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 consultar este aviso por Internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios 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.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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.

Paso 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro

plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) 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 la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- 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 **no más allá de la fecha prevista del alta**. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
  - Si usted cumple con este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y 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.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

<u>Paso 2:</u> la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por

qué creen 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 después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta".** Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) 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). O puede ver un aviso de muestra en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

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* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios cubiertos para pacientes internados en un hospital 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. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios para pacientes internados en un hospital 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 dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. 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

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo 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

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

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 de recibida la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán 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 necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama "confirmar la decisión".
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

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 (por un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. ("Rápido" significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: contáctenos y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida**". Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.

- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- 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 *Esta sección trata solo acerca 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)

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura

que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

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.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.
   - En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **"apelación de vía rápida"**. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 7.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida). El aviso por escrito se denomina **"Aviso de la no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) 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. O puede ver una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html.

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir 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.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> solicite su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió 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 la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación acelerada” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención*.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen 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, los revisores nos informarán sobre su apelación y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación se denomina "**Explicación detallada de no cobertura**".

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 su apelación?

- 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). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado**. Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.

- 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, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. 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 otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

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

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en 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, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** 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 siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **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 tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un 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 los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: contáctenos y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida**". Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

<u>Paso 4:</u> si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE"**.

<u>Paso 1:</u> enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que

le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o árbitro acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A

diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o árbitro.
- 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 el servicio en cuestión.

- **Si el juez administrativo o árbitro 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. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4:	el **Consejo de apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio 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, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba 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.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para 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 por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**un juez (llamado juez administrativo) o un 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**. Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura** para medicamentos que fue aprobada por el juez administrativo o árbitro **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, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4:	el **Consejo de apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye**. Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. 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, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba 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.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Departamento de Servicio para los 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 la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado a que lo atienda el personal del Departamento de Servicio para los miembros u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta 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	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "respuesta rápida de cobertura" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales

- En esta sección, una **"queja"** también se denomina **"reclamo".**
- Otro término para **"presentar una queja"** es **"interponer un reclamo".**
- Otra forma de decir **"usar el proceso para quejas"** es **"usar el proceso para interponer un reclamo".**

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicio para los miembros.** Si hay algo que necesite hacer, el Departamento de Servicio para los miembros se lo indicará. 1-855-996-8422. Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Si es usuario de TTY, llame al 711.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Debe presentarnos la queja en un plazo de 60 días a partir de la fecha del evento o incidente. Realizaremos una investigación completa de la queja. Es posible que debamos ponernos en contacto con usted para obtener información adicional o para verificar los hechos con respecto a su queja. Además, tiene derecho a entregar pruebas adicionales para respaldar su posición durante el proceso de revisión de la queja. Reuniremos toda la información necesaria para realizar una investigación rápida y completa de su queja, incluida una revisión de los temas de atención médica. Le enviaremos por correo una respuesta por escrito de su queja. Debemos atender su queja con la rapidez que requiera su caso sobre la base de su estado de salud, pero sin que transcurran más de treinta (30) días desde la recepción de su queja. En algunos casos, podemos ampliar el plazo hasta 14 días si solicita una extensión, o si se justifica la necesidad de información adicional y el retraso le conviene. Si ampliamos el plazo para investigar su reclamo, se le notificará por escrito.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una "queja rápida".** Si se le ha concedido una "queja rápida", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales
En esta sección, una **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo acelerado".**

Paso 2: analizaremos su queja 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. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
    - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
    - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos sitios al mismo tiempo**. Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *Stanford Health Care Advantage* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://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 tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 248

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan 248

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 248

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 248

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 249

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 250

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 251

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 252

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 252

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 253

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 253

SECCIÓN 5 *Stanford Health Care Advantage* debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones 254

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 254

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud 255

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 255

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en *Stanford Health Care Advantage* puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 indica *cuándo* usted puede cancelar su membresía en el plan.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

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"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer 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. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - **Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Original Medicare 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.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, tiene tiempo hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare para agregar cobertura para medicamentos.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su

solicitud de cambio a Original Medicare. 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 ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de *Stanford Health Care Advantage* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién reúne los requisitos para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene Medi-Cal.
  - Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo (LTC).
  - Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).
  - **Nota:** si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 encontrará más información sobre el programa de manejo de medicamentos.
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, 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 médica como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

- *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - **Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Original Medicare 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.

  Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura "acreditable" para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Departamento de Servicio para los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2020*** (Medicare y usted 2020).
  - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez.
  - También puede descargar una copia de este documento del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- 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 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- *O bien*, 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.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura "acreditable" para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

La siguiente tabla 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 *Stanford Health Care Advantage* se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en *Stanford Health Care Advantage* se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. o **Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). • 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 *Stanford Health Care Advantage* se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

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

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja *Stanford Health Care Advantage*, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para resurtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará generalmente cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 *Stanford Health Care Advantage* debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

***Stanford Health Care Advantage* debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguno de los siguientes casos:**

- Si ya no cuenta con la Parte A ni la Parte de B de Medicare.
- Si usted se muda fuera del 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 Servicio para los miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano o residente legal de los EE. UU.
- 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 miembro 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 no paga las primas del plan durante 3 meses.
    - Debemos avisarle por escrito que tiene 3 meses para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- 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:

- Puede llamar al **Departamento de Servicio para los miembros** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud

Stanford Health Care Advantage no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada a su salud

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 258

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 258

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 258

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento 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.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, 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 Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicio para los 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), *Stanford Health Care Advantage*, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

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 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. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. 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 puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención médica a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

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.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para recibirlos.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado 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 ambulatorios 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. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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 más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: es un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios después de que pague los deducibles. El coseguro es a menudo un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo 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 para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

Costo de suministro: es un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de "costo compartido". El requisito de costo 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.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan 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 atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Departamento de Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros, consulte el Capítulo 2.

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 folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando este toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de salud. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): son 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 proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre hayan gastado $6,350 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que el total de sus costos en medicamentos alcance $4,020, incluidos los montos que usted haya pagado y lo que el plan haya pagado en su nombre O los costos que paga de su bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra

cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: es un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de *Stanford Health Care Advantage*, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: es una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. 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: es una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, 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.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. 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. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio brindará el tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: una hospitalización ocurre cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la FDA y respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): 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 o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

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 medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

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 de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: son 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: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: es un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (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: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare que reúne los requisitos 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará la suma de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, 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. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre 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 (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

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. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare 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 Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de la salud 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 de la cantidad aprobada 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.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan 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.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: es un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a Original Medicare o hacer cambios a su cobertura de la Parte D. El Período de inscripción abierta es del 1 de enero al 31 de marzo de 2020.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos y salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: es un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se aleja del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar 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. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de

7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial del plan Medicare Advantage que brinda atención médica más centrada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales (SNP) equivalente institucional: un Plan de necesidades especiales institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero necesitan un nivel institucional de atención según la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención 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 (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un Plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que continúan viviendo o esperan seguir viviendo durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de atención a largo plazo pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facilities, SNF), centros de enfermería (Nursing Facilities, NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con retraso mental (Intermediate Care Facilities for the Mentally Retarded, ICF/MR); o centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Un Plan de necesidades especiales institucional para atender a los residentes de Medicare en centros de LTC deben tener un acuerdo contractual con (o tener propiedad u operar) los centros de LTC específicos.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de 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, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

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 una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. 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**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

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

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: es un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención

primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos 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 prestar servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados por nuestro plan, no los opera nuestro plan ni son propiedad de este, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo". El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Reclamo: es un tipo de queja que se presenta sobre nosotros o las farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia son brindados para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Stanford
HEALTH CARE ADVANTAGE

ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES

STANFORD HEALTH CARE ADVANTAGE

Administrado por:

DELTA DENTAL®

Delta Dental de California

ÍNDICE

Introducción **274**

Cómo usar esta Evidencia de cobertura **274**

Definiciones **275**

Cómo utilizar este Plan: elección de un Proveedor participante **277**

Continuidad de la atención **278**

Accesibilidad a los centros **278**

Beneficios, limitaciones y exclusiones **279**

Copagos y otros cargos **279**

Servicios de emergencia **279**

Servicios de especialistas **280**

Segunda opinión **280**

Reclamaciones de reembolso **280**

Compensación del proveedor **281**

Políticas de procesamiento **281**

Coordinación de beneficios **282**

Proceso de reclamos y apelaciones **282**

Renovación y terminación de beneficios **283**

Cancelación de la inscripción **283**

ADJUNTO A **284**

ADJUNTO B **302**

Introducción

Nos complace darle la bienvenida al plan dental de Stanford Health Care Advantage. Su plan es administrado por Delta Dental de California ("Delta Dental"). Nuestro objetivo es brindarle atención dental de alta calidad y ayudarle a mantener una buena salud bucal. Le recomendamos que no espere a tener un problema para consultar con un odontólogo, sino hacerlo en forma regular.

Este plan está disponible en los siguientes condados: *Alameda, Santa Clara y San Mateo*.

Cómo usar esta Evidencia de cobertura

Este Anexo sobre los beneficios dentales ("Plan"), que incluye el Adjunto A, Cronograma de copagos, y el Adjunto B (los Servicios, los Límites y las Exclusiones), presenta los términos y las condiciones de su cobertura y está diseñado para ayudarle a aprovechar al máximo su plan dental. Le ayudará a comprender cómo funciona el Plan y cómo obtener atención dental. Lea este folleto en su totalidad y con atención. Lea la sección de Definiciones, que le explicará las palabras que tengan significados especiales o técnicos en este plan.

Las explicaciones de beneficios incluidas en este folleto del Plan están sujetas a todas las disposiciones del Contrato en archivo con el plan Stanford Health Care Advantage ("Titular del contrato") y no modifican los términos y las condiciones del contrato de ninguna manera, ni tampoco podrá usted acumular derechos debido a declaraciones u omisiones en este folleto.

Aviso: *este folleto del Plan es un resumen de su plan dental y se debe verificar su precisión antes de recibir tratamiento. Esta información no es una garantía de los beneficios cubiertos, los servicios ni los pagos.*

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, visite (deltadentalins.com/shcadvantage**)** o llame al Centro de Servicio al cliente de Delta Dental al (844) 519-8753 (TTY 711). Un representante del Servicio al cliente puede responder preguntas que usted pueda tener sobre cómo obtener atención dental, ayudarle a encontrar un Proveedor participante de Delta Dental, explicar los Beneficios, verificar el estado de una reclamación y ayudarle a presentar una.

Puede llamar al (844) 519-8753 (TTY 711) para tener acceso a la línea automatizada de información de Delta Dental durante el horario de atención al público normal, a fin de obtener información sobre los Beneficios y la elegibilidad de los Miembros, el estado de las reclamaciones o para solicitar asistencia a un representante del Servicio al cliente. Si prefiere enviar sus preguntas por escrito a Delta Dental, envíe su consulta a la siguiente dirección:

Delta Dental
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, GA 30009

Definiciones

Los términos escritos en mayúscula inicial en el folleto del Plan tienen significados definidos, que se encuentran en la siguiente sección o en otras secciones del folleto.

Año calendario: son los 12 meses del año desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

Año del plan: son los 12 meses que comienzan en la Fecha de entrada en vigencia y cada uno de los siguientes períodos de 12 meses.

Apelación: es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle servicios de atención dental o pagos por servicios que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si nuestro Plan no paga por un servicio que usted cree que debería poder recibir.

Beneficios: los servicios dentales en este Plan que tiene derecho de recibir.

Código de procedimientos: es el número de la Current Dental Terminology® (CDT) (terminología odontológica vigente) asignado a un Procedimiento único por parte de la Asociación Odontológica Estadounidense.

Contrato: es el acuerdo entre Stanford Health Care Advantage y Delta Dental de California sobre la Prestación de servicios dentales.

Costo compartido: son los montos que pueden cobrarse a un Miembro como la parte que le corresponde pagar por la prestación de los servicios cubiertos. El costo compartido en este Plan se compone de los copagos indicados en el Adjunto A.

Fecha de entrada en vigencia: es la fecha original en la que comienza a regir el Plan. Esta fecha figura en la portada de este folleto y en el Anexo A.

Formulario de reclamaciones: es el formulario estándar utilizado para presentar una reclamación o solicitar un Presupuesto estimado previo al tratamiento.

Miembro: es una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en el Plan y cuya inscripción ha sido confirmada por CMS.

Plan: este plan dental que describe los Beneficios, las limitaciones, las exclusiones, los términos y las condiciones de cobertura para los miembros inscritos en el plan Medicare Advantage del Titular del contrato.

Presupuesto estimado previo al tratamiento: es un cálculo estimado de los Beneficios permitidos en virtud del Plan para los servicios propuestos.

Procedimiento único: es un procedimiento dental al que se le asigna un Código de procedimientos independiente.

Proveedor no participante: un dentista que no ha celebrado un acuerdo con Delta Dental para ser un proveedor participante en este Plan.

Proveedor participante de Delta Dental (proveedor participante): hace referencia a una persona con licencia para practicar la odontología que ha celebrado un contrato con Delta Dental que ha acordado participar en este Plan y prestar servicios cubiertos de odontología general a los Miembros

Razonable: significa que un Miembro ejerce juicio prudente al determinar que existe una emergencia dental y hace al menos un intento de comunicarse con su Proveedor participante para obtener Servicios de emergencia; y en el caso de que el Proveedor participante no esté disponible, hace al menos un intento de comunicarse con Delta Dental para solicitar ayuda antes de buscar atención de otro Proveedor participante.

Servicio de emergencia: hace referencia a la atención dental brindada a un Miembro que necesita tratar una afección dental que se manifiesta como un síntoma de gravedad suficiente, que incluye dolor intenso, de manera que la ausencia de atención inmediata que el Miembro podría razonablemente esperar puede conllevar a: (i) poner la salud dental del miembro en grave peligro, o (ii) causar un grave deterioro en las funciones dentales.

Servicios de especialistas: son servicios realizados por un odontólogo con licencia que se especializa en la práctica de cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontopediatría, y que deben estar autorizados previamente por escrito por Delta Dental.

Titular del contrato: Stanford Health Care Advantage.

Tratamiento en progreso: es cualquier procedimiento dental individual, según se define en el Código de procedimientos, que se inició mientras el Miembro cumplía con los requisitos para

recibir los Beneficios, y para el cual son necesarias varias citas para completar el procedimiento, ya sea que el Miembro continúe o no cumpliendo con los requisitos para recibir los Beneficios en virtud del Plan. Por ejemplo: dientes que se prepararon para coronas, tratamientos de conducto en los que se ha establecido una longitud del trabajo, dentaduras postizas completas o parciales para las cuales ya se ha tomado una impresión.

Cómo utilizar este Plan: elección de un Proveedor participante

Para recibir Beneficios conforme a este Plan, debe elegir un Proveedor participante del directorio de Proveedores participantes. Si no logra seleccionar un Proveedor participante o el Proveedor participante que seleccionó no se encuentra disponible, le solicitaremos que elija otro Proveedor participante o le asignaremos un Proveedor participante. Usted puede cambiar su proveedor participante asignado enviando una solicitud al Departamento de Servicio al cliente al (844) 519-8753, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para garantizar que su Proveedor participante sea notificado y que nuestras listas de elegibilidad sean correctas, los cambios a los Proveedores participantes se deben solicitar antes del día 21 del mes para que los cambios entren en vigencia el primer día del siguiente mes.

Poco después de su inscripción, recibirá un paquete de membresía en el que se le indican la fecha de entrada en vigencia de su Plan y la dirección y número de teléfono de su Proveedor participante. Después de la fecha de entrada en vigencia de su paquete de membresía, puede obtener servicios dentales en virtud del Plan. Para solicitar una cita, solo llame al centro del Proveedor participante e identifíquese como Miembro de Stanford Health Care Advantage. Las consultas con respecto a la disponibilidad de las citas y accesibilidad de los Proveedores participantes se deben dirigir al Departamento de Servicio al cliente llamando al (844) 519-8753 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CADA MIEMBRO DEBE ACUDIR A SU PROVEEDOR PARTICIPANTE ASIGNADO PARA OBTENER SERVICIOS CUBIERTOS, SALVO PARA LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA O SERVICIOS BRINDADOS POR UN ESPECIALISTA, LOS CUALES DEBEN SER AUTORIZADOS PREVIAMENTE POR ESCRITO POR DELTA DENTAL. CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO NO ESTÁ CUBIERTO CONFORME A ESTE PLAN.

Si finaliza el contrato de su Proveedor participante asignado con Delta Dental, ese Proveedor participante completará: (a) una dentadura postiza parcial o completa para la cual se hayan tomado las impresiones finales, y (b) todo el trabajo en cada diente que ya se haya comenzado (como la finalización de los tratamientos de conducto en progreso y la entrega de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

Continuidad de la atención

Miembros existentes:

Es posible que tenga derecho a que se complete la atención con su Proveedor participante cuyos servicios han finalizado para ciertas afecciones dentales específicas. Llame al Servicio al cliente al (844) 519-8753, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra política Continuidad de la atención. Debe realizar una solicitud específica para continuar bajo la atención del Proveedor participante cuyos servicios han finalizado. No estamos obligados a continuar su atención con ese Proveedor participante si usted no reúne los requisitos para la cobertura en virtud del Plan, o si no podemos llegar a un acuerdo sobre los términos con respecto a su atención con el Proveedor participantes cuyos servicios han finalizado.

Miembros nuevos:

Es posible que tenga derecho a recibir el beneficio calificado de finalización de la atención con un Proveedor no participante cuyos servicios han finalizado para ciertas afecciones dentales específicas. Llame al Departamento Servicio al cliente al (844) 519-8753, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra política Continuidad de la atención. Debe realizar una solicitud específica para continuar bajo la atención de su actual Proveedor no participante. No estamos obligados a continuar su atención con ese odontólogo si usted no reúne los requisitos conforme al Plan, o si no podemos llegar a un acuerdo con su odontólogo sobre los términos con respecto a su atención.

Accesibilidad a los centros

Varios centros brindan a Delta Dental información sobre las características especiales de sus consultorios, incluida la información de accesibilidad para pacientes con problemas de movilidad. Para obtener información sobre la accesibilidad a los centros, comuníquese con el Departamento de Servicio al cliente de Delta Dental al (844) 519-8753, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Beneficios, limitaciones y exclusiones

Este Plan brinda los Beneficios descritos en el Adjunto A, *Descripción de beneficios y copagos*, sujeto a las limitaciones y exclusiones descritas en el Adjunto B. Los servicios se llevan a cabo según se considere adecuado por el Proveedor participante que lo atienda. Un Proveedor participante puede brindar los servicios ya sea en persona o a través de odontólogos, técnicos o higienistas asociados que pueden realizar legalmente estos servicios.

Copagos y otros cargos

Debe pagar cualquier Copago indicado en el Adjunto A, *Descripción de beneficios y copagos*, directamente al Proveedor participante o Especialista que brinda el tratamiento. Los cargos por citas a las que no acuda (a menos que el odontólogo reciba un aviso con al menos 24 horas de antelación o una emergencia impidió dicho aviso) y los cargos por consultas después del horario de atención normal se indican en la *Descripción de beneficios y copagos*.

Servicios de emergencia

En caso de necesitar Servicios de emergencia, debe comunicarse con su Proveedor participante cuando sea posible. Si usted es un miembro nuevo que necesita servicios de emergencia, pero no tiene un Proveedor participante asignado todavía, comuníquese al Departamento de Servicio al cliente de Delta Dental al (844) 519-8753, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar ayuda para encontrar un Proveedor participante. Los Beneficios para Servicios de emergencia de un Proveedor no participante se limitan a la atención necesaria para estabilizar la afección o proporcionar atención paliativa cuando usted:

1) Haya hecho un intento razonable para ponerse en contacto con el proveedor participante y este no se encuentre disponible o no pueda atenderle dentro de las 24 horas de establecido el contacto.

2) Haya hecho un intento razonable para ponerse en contacto con Delta Dental antes de recibir los Servicios de emergencia, o cuando sea razonable que acceda a servicios de emergencia sin contactarse previamente con Delta Dental.

3) Considera razonablemente que su afección hace que sea dental/médicamente inapropiado que viaje hasta el Proveedor participante para recibir servicios de emergencia.

Los Beneficios para Servicios de emergencia no brindados por el Proveedor participante se limitan a un máximo de $100.00 por emergencia menos el Copago correspondiente. Si se

supera el máximo, o no se cumplen las condiciones anteriores, usted será responsable de pagar los cargos de los servicios prestados por un odontólogo que no sea su Proveedor participante.

Servicios de especialistas

Los Servicios de especialistas deben ser remitidos por el Proveedor participante asignado y autorizados previamente por escrito por Delta Dental. Pagaremos todos los Servicios de especialistas autorizados previamente, menos cualquier Copago correspondiente.

Segunda opinión

Puede solicitar una segunda opinión si no está de acuerdo o cuestiona la determinación del plan de tratamiento o diagnóstico realizado por su Proveedor participante. Delta Dental también puede solicitar que obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y pertinencia de un tratamiento dental o la aplicación de Beneficios.

Las segundas opiniones serán proporcionadas por un odontólogo con licencia de manera oportuna y serán adecuadas a la naturaleza de su afección. Las solicitudes que involucren casos de una amenaza a la salud grave e inminente se acelerarán (autorización aprobada o denegada dentro de las 72 horas de recibida la solicitud, cuando sea posible). Para obtener asistencia o información adicional con respecto a los procedimientos y plazos para autorizaciones de segunda opinión, comuníquese al Departamento de Servicio al cliente de Delta Dental al (844) 519-8753, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o escriba a Delta Dental.

Las segundas opiniones se brindarán en el centro de otro Proveedor participante, a menos que sea autorizado de otra manera por Delta Dental. Delta Dental autorizará una segunda opinión por parte de un Proveedor no participante si un Proveedor participante debidamente calificado no se encuentra disponible. Delta Dental solo pagará por una segunda opinión que Delta Dental haya aprobado o autorizado. Se le enviará una notificación por escrito si Delta Dental decide no autorizar una segunda opinión. Si no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una Apelación ante Stanford Health Care Advantage. Consulte la sección de este folleto titulada “Proceso de reclamo y apelación” que aparece a continuación para obtener una explicación sobre cómo presentar una Apelación.

Reclamaciones de reembolso

Las reclamaciones para Servicios de emergencia o Servicios de especialistas autorizados previamente se deben enviar a Delta Dental dentro de los 90 días de la finalización del tratamiento. Las reclamaciones válidas recibidas después del período de 90 días se revisarán si puede demostrar que no era razonablemente posible enviar la reclamación dentro de dicho

plazo. La dirección para el envío de reclamaciones es Claims Department, P. O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023.

Compensación del proveedor

Delta Dental compensa a un Proveedor participante a través de una capitación mensual (un monto basado en la cantidad de Miembros asignados al Proveedor participante) y por los Miembros a través del Costo compartido requerido por el tratamiento recibido. Delta Dental compensa a un Especialista a través de un monto acordado para cada procedimiento cubierto, menos el Copago correspondiente pagado por el Miembro. En ningún caso, Delta Dental paga a un Proveedor participante o Especialista algún incentivo como estímulo para denegar, reducir, limitar o retrasar algún tratamiento adecuado.

En el caso que no logremos pagar a un Proveedor participante, usted no será responsable ante el Proveedor participante por cualquier monto que debamos. El contrato del Proveedor participante con Delta Dental contiene una disposición que prohíbe que el Proveedor participante le cobre a un Miembro cualquier monto que Delta Dental deba. Salvo para las prestaciones en *Servicios de emergencia*, si no ha recibido la autorización previa para el tratamiento de un Proveedor no participante o Especialista, y no le pagamos al odontólogo, usted puede ser responsable del costo de los servicios.

Puede obtener más información con respecto a la compensación llamando a Delta Dental al número de teléfono gratuito que aparece en este folleto.

Políticas de procesamiento

Las pautas de la atención dental para el Plan explican a los Proveedores participantes qué servicios están cubiertos en el Contrato dental. Los Proveedores participantes utilizarán su juicio profesional para determinar qué servicios son adecuados para el Miembro. Los servicios brindados por el Proveedor participante que corresponden al ámbito de Beneficios del Plan dental se proporcionan sujetos a cualquier Copago. Si el Proveedor participante considera que un Miembro debe obtener tratamiento de un Especialista, el Proveedor participante se comunicará con Delta Dental para obtener una determinación de si el tratamiento propuesto es un beneficio cubierto. Delta Dental también determinará si el tratamiento propuesto requiere tratamiento por parte de un Especialista. Los miembros deben comunicarse con el Departamento Servicio al cliente de Delta Dental al (844) 519-8753, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre las pautas de la atención dental para el Plan.

Coordinación de beneficios

Este Plan brinda Beneficios sin tener en cuenta la cobertura de alguna otra póliza de seguro grupal o algún Plan de beneficios médicos de otro grupo si la otra póliza o Plan cubre servicios o gastos además de atención dental. De otra manera, los Beneficios brindados conforme a este Plan por Especialistas o Proveedores no participantes se coordinan con dicha póliza de seguro dental de otro grupo o el Plan de beneficios dentales de cualquier otro grupo. La determinación sobre qué póliza o Plan es el principal se deberá regir por las normas indicadas en el Contrato.

Si este plan es secundario, pagará el más bajo de los siguientes:

- el monto que se habría pagado en la ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios odontológicos.

- el total de los costos que paga de su de bolsillo el inscrito, es pagadero conforme al plan de beneficios dentales principal.

Un Miembro debe proporcionar a Delta Dental, y Delta Dental puede divulgar u obtener de cualquier otra compañía aseguradora u otra organización, cualquier información sobre el Miembro que sea necesaria para administrar la coordinación de beneficios. Delta Dental deberá, a su criterio, determinar si se garantiza algún reembolso a una compañía aseguradora u otra organización en esta coordinación de prestación de beneficios, y cualquier reembolso pagado se considerará como Beneficios conforme a este Plan. Delta Dental tendrá el derecho a reclamar de un odontólogo, Miembro, compañía aseguradora u otra organización, según elija Delta Dental, el monto de cualquier Beneficio pagado por Delta Dental que exceda sus obligaciones en virtud de esta coordinación de prestación de beneficios.

Proceso de reclamos y apelaciones

Nuestro compromiso con usted es garantizarle calidad, no solo en la atención, sino también en el proceso del tratamiento. Esta calidad en el tratamiento se extiende desde los servicios profesionales prestados por los Proveedores participantes hasta la amabilidad de nuestros representantes telefónicos. Si tiene preguntas o quejas sobre la elegibilidad, la denegación o las reclamaciones de servicios dentales, las políticas, los procedimientos o las operaciones de Delta Dental, o la calidad de los servicios dentales prestados por un Proveedor participantes, usted tiene derecho a presentar un reclamo o una apelación ante Stanford Health Care Advantage. Consulte la Evidencia de cobertura de Stanford Health Care Advantage para obtener información sobre el proceso de reclamos, o comuníquese con Stanford Health Care Advantage al 1-855-996-8422.

Renovación y terminación de beneficios

El Plan se renueva en el aniversario del término del contrato, a menos que proporcionemos el aviso de un cambio en las primas o Beneficios y Stanford Health Care Advantage no acepte el cambio. Todos los Beneficios terminan para cualquier Miembro desde la fecha en que se finaliza este Plan; dicha persona deja de ser elegible en virtud de los términos de este plan, o la inscripción de dicha persona se cancela conforme a los términos de este plan. No estamos obligados a continuar brindando los Beneficios a ninguna persona en dicho caso, salvo para la finalización de Procedimientos únicos que comenzaron mientras este Plan estaba en vigencia.

Cancelación de la inscripción

Para ser elegible para los Beneficios en este Plan, debe estar inscrito en uno de los distintos planes de salud Medicare Advantage o los productos ofrecidos por Stanford Health Care Advantage. Si pierde la elegibilidad o finaliza su inscripción en Stanford Health Care Advantage, usted no es elegible para recibir Beneficios en virtud de este Plan. Consulte el folleto Evidencia de cobertura de Stanford Health Care Advantage para conocer los términos y condiciones de inscripción.

ADJUNTO A

Descripción de Beneficios y Copagos
Plan Medicare Shelf: Alto

Los beneficios que se muestran a continuación se llevan a cabo según lo considere adecuado el Odontólogo contratado que lo atiende, sujeto a las limitaciones y exclusiones del Programa. Consulte el Adjunto B para obtener una mayor aclaración de los Beneficios. **Los inscritos deben analizar todas las opciones de tratamiento con su Odontólogo contratado antes de que se presten los servicios.**

El texto que aparece en cursiva a continuación está redactado específicamente para aclarar la prestación de Beneficios conforme a este Plan y no se interpretará como terminología odontológica vigente (Current Dental Terminology, CDT), códigos de procedimiento CDT-2020, descriptores o nomenclatura que están bajo derecho de autor de la Asociación Odontológica Estadounidense (ADA). La ADA puede cambiar periódicamente las definiciones o códigos de CDT. Dicha nomenclatura, descriptores y códigos actualizados se pueden utilizar para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad con la legislación federal.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	EL INSCRITO PAGA
D0100-D0999	**I. DIAGNÓSTICO**	
D0120	Evaluación bucal periódica - paciente regular	Sin costo
D0140	Evaluación bucal limitada - problema específico	Sin costo
D0150	Evaluación bucal integral - paciente nuevo o regular	Sin costo
D0160	Evaluación bucal exhaustiva y detallada - problema específico, por informe	Sin costo
D0170	Revaluación - limitada, problema específico (paciente regular, sin consulta posoperatoria)	Sin costo
D0171	Reevaluación - consulta posoperatoria	$5.00
D0180	Evaluación periodontal integral - paciente nuevo o regular	Sin costo
D0190	Prueba de detección para el paciente	Sin costo
D0191	Evaluación del paciente	Sin costo
D0210	Intrabucal - serie completa de radiografías - *se limita a 1 serie cada 24 meses*	Sin costo
D0220	Intrabucal - primera radiografía periapical	Sin costo

D0230	Intrabucal - cada radiografía periapical adicional	Sin costo
D0240	Intrabucal - radiografía oclusal	Sin costo
D0250	Extrabucal - radiografía de proyección en 2D creada usando una fuente fija de radiación y un detector	Sin costo
D0251	Radiografía dental posterior extrabucal	Sin costo
D0270	Aleta de mordida - una sola radiografía	Sin costo
D0272	Aletas de mordida - dos radiografías	Sin costo
D0273	Aletas de mordida - tres radiografías	Sin costo
D0274	Aletas de mordida - cuatro radiografías - *se limita a 1 serie cada 6 meses*	Sin costo
D0277	Aletas de mordida verticales - de 7 a 8 radiografías	Sin costo
D0330	Radiografía panorámica	Sin costo
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	Sin costo
D0419	Evaluación del flujo salival por medición	Sin costo
D0425	Pruebas de susceptibilidad a las caries	Sin costo
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	Sin costo
D0470	Moldes de diagnóstico	Sin costo
D0472	Adquisición del tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión del informe escrito	Sin costo
D0473	Adquisición del tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión del informe escrito	Sin costo
D0474	Adquisición del tejido, examen macroscópico y microscópico, incluida la evaluación de los bordes quirúrgicos para verificar la presencia de enfermedad, preparación y transmisión del informe escrito	Sin costo
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un resultado de riesgo bajo - *1 cada 3 años*	Sin costo

D0602 Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un resultado de riesgo moderado - *1 cada 3 años* ..... Sin costo

D0603 Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un resultado de riesgo alto - *1 cada 3 años* ..... Sin costo

D0999 Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe - *incluye consultas, por consulta (además de otros servicios)* ..... Sin costo

D1000-D1999 II. PREVENCIÓN

D1110 Limpieza de profilaxis - adulto - *1 D1110 o D4346 por período de 6 meses* ..... Sin costo

D1206 Aplicación tópica de barniz de flúor - *1 D1206 o D1208 por período de 6 meses* ..... Sin costo

D1208 Aplicación tópica de flúor - sin barniz - *1 D1206 o D1208 por período de 6 meses* ..... Sin costo

D1310 Asesoramiento nutricional para el control de las enfermedades dentales ..... Sin costo

D1330 Instrucciones sobre la higiene bucal ..... Sin costo

D2000-D2999 III. RESTAURACIÓN

- *Incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes adhesivos, el recubrimiento pulpar indirecto, las bases, los revestimientos y los procedimientos de grabado ácido.*

- *Cuando hay más de seis coronas en el mismo plan de tratamiento, a la persona inscrita se le podrían cobrar $100.00 adicionales por cada corona después de la sexta unidad.*

- *El reemplazo de coronas e incrustaciones inlay u onlay exige que la restauración existente tenga más de 5 años.*

D2140 Amalgama - una superficie, dientes temporales o permanentes $8.00

D2150 Amalgama - dos superficies, dientes temporales o permanentes $12.00

D2160 Amalgama - tres superficies, dientes temporales o permanentes $18.00

D2161 Amalgama - cuatro superficies, dientes temporales o permanentes $22.00

D2330 Compuesto a base de resina - una superficie, anterior $22.00

D2331	Compuesto a base de resina - dos superficies, anterior	$26.00
D2332	Compuesto a base de resina - tres superficies, anterior	$30.00
D2335	Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies o que implican ángulo incisal (anterior)	$55.00
D2391	Compuesto a base de resina - una superficie, posterior	$65.00
D2392	Compuesto a base de resina - dos superficies, posterior	$75.00
D2393	Compuesto a base de resina - tres superficies, posterior	$85.00
D2394	Compuesto a base de resina - cuatro superficies o más, posterior	$95.00
D2510	Incrustación inlay - metálica - una superficie	$185.00
D2520	Incrustación inlay - metálica - dos superficies	$195.00
D2530	Incrustación inlay - metálica - tres o más superficies	$205.00
D2542	Incrustación onlay - metálica - dos superficies	$200.00
D2543	Incrustación onlay - metálica - tres superficies	$210.00
D2544	Incrustación onlay - metálica - cuatro o más superficies	$230.00
D2610	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - una superficie	$310.00
D2620	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - dos superficies	$345.00
D2630	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - tres o más superficies	$365.00
D2642	Incrustación onlay - porcelana/cerámica - dos superficies	$340.00
D2643	Incrustación onlay - porcelana/cerámica - tres superficies	$375.00
D2644	Incrustación onlay - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies	$395.00
D2650	Incrustación inlay - compuesto a base de resina - una superficie	$210.00
D2651	Incrustación inlay - compuesto a base de resina - dos superficies	$235.00
D2652	Incrustación inlay - compuesto a base de resina - tres o más superficies	$270.00

D2662	Incrustación onlay - compuesto a base de resina - dos superficies	$265.00
D2663	Incrustación onlay - compuesto a base de resina - tres superficies	$290.00
D2664	Incrustación onlay - compuesto de resina - cuatro o más superficies	$335.00
D2710	Corona - compuesto a base de resina (indirecta)	$185.00
D2712	Corona - compuesto a base de ¾ de resina (indirecta)	$185.00
D2720	Corona - resina con metal de alta nobleza	$335.00
D2721	Corona - resina con metal base predominante	$235.00
D2722	Corona - resina con metal noble	$275.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica	$395.00
D2750	Corona - porcelana fundida con metal de alta nobleza	$395.00
D2751	Corona - porcelana fundida con metal base predominante	$295.00
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble	$335.00
D2753	Corona - porcelana fundida con titanio o aleación de titanio	$395.00
D2780	Corona - molde ¾ de metal de alta nobleza	$395.00
D2781	Corona - molde ¾ de metal base predominante	$295.00
D2782	Corona - molde ¾ de metal noble	$335.00
D2783	Corona - ¾ de porcelana/cerámica	$395.00
D2790	Corona - molde completo de metal de alta nobleza	$395.00
D2791	Corona - molde completo de metal base predominante	$295.00
D2792	Corona - molde completo de metal noble	$335.00
D2794	Corona - titanio y aleación de titanio	$395.00
D2910	Recementado o refijación de incrustaciones inlay u onlay, laminados o restauraciones de cobertura parcial	$20.00

D2915	Recementado o refijación de perno y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	$20.00
D2920	Recementado o refijación de corona	$20.00
D2921	Recolocación de un fragmento de una pieza dental, borde incisal o cúspide (anterior)	$55.00
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada - diente permanente	$75.00
D2940	Restauración protectora	$20.00
D2949	Base restaurativa para una restauración indirecta	$80.00
D2950	Reconstrucción de muñones, incluidos los pernos cuando sea necesario	$80.00
D2951	Retención con pernos - por diente, además de la restauración	$15.00
D2952	Perno y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente - incluye preparación del conducto	$110.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente - mismo diente - incluye preparación del conducto	$80.00
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona - perno metal base; incluye preparación del conducto	$95.00
D2957	Cada perno adicional prefabricado - mismo diente - perno metal base; incluye preparación del conducto	$70.00
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona en estructura dental parcial existente	$60.00
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	$30.00
D2981	Reparación de incrustación inlay necesaria por falla del material de restauración	$30.00
D2982	Reparación de incrustación onlay necesaria por falla del material de restauración	$30.00
D2983	Reparación de laminado necesaria por falla del material de restauración	$30.00

D3000-D3999 IV. ENDODONCIA

D3110	Recubrimiento pulpar directo (excluida la restauración final)	$5.00
D3120	Recubrimiento pulpar indirecto (excluida la restauración final)	$5.00

D3221	Desbridamiento pulpar, dientes temporales y permanentes	$50.00
D3310	Tratamiento de conducto - terapia de endodoncia, diente anterior (excluida la restauración final)	$125.00
D3320	Tratamiento conducto - terapia de endodoncia, diente premolar (excluida la restauración final)	$215.00
D3330	Tratamiento de conducto - terapia de endodoncia, diente molar (excluida la restauración final)	$365.00
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto; acceso no quirúrgico	$80.00
D3332	Terapia de endodoncia incompleta, inoperable, diente fracturado o imposible de restaurar	$80.00
D3333	Reparación interna de la raíz por defectos de perforación	$80.00
D3346	Repetición de tratamiento de conducto - anterior	$155.00
D3347	Repetición de tratamiento de conducto - premolar	$245.00
D3348	Repetición de tratamiento de conducto anterior - molar	$395.00
D3351	Apexificación/recalcificación - consulta inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	$80.00
D3352	Apexificación/recalcificación - reemplazo de medicamento temporal (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, desinfección del espacio pulpar, etc.)	$55.00
D3353	Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye tratamientos de conducto completos, cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	$55.00
D3410	Apicectomía - anterior	$155.00
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)	$165.00
D3425	Apicectomía - molar (primera raíz)	$175.00
D3426	Apicectomía - premolar (cada raíz adicional)	$100.00
D3427	Cirugía perirradicular sin apicectomía	$155.00
D3430	Empaste retrógrado - por raíz	$75.00

D3450 Amputación de raíz - por raíz $85.00

D3920 Hemisección (incluidas las extracciones radiculares), no incluye el tratamiento de conducto $75.00

D4000-D4999 V. PERIODONCIA

- *Incluye las evaluaciones preoperatorias y posoperatorias, y el tratamiento con anestesia local.*

D4210 Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cuadrante $160.00

D4211 Gingivectomía o gingivoplastia - de uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cuadrante $95.00

D4212 Gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso para procedimientos restaurativos, por diente $95.00

D4240 Procedimiento de colgajo gingival, incluido el pulido radicular - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cuadrante $160.00

D4241 Procedimiento de colgajo gingival, incluido el pulido radicular - de uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cuadrante $95.00

D4245 Colgajo posicionado apicalmente $175.00

D4249 Alargamiento clínico de la corona - tejido duro $150.00

D4260 Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de grosor completo y el cierre del colgajo) - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cuadrante $385.00

D4261 Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de grosor completo y el cierre del colgajo) - uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cuadrante $308.00

D4263 Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer lugar en el cuadrante $235.00

D4264 Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - cada lugar adicional en el cuadrante $85.00

D4270 Procedimiento de injertos en pedículo de tejido blando $235.00

D4274 Procedimiento con cuña mesial/distal, un solo diente (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica) $90.00

D4277 Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluidos los sitios de la cirugía del beneficiario y del donante): primer diente, implante o posición del diente edéntulo en el injerto $235.00

D4278 Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluidos los sitios de la cirugía del beneficiario y del donante): cada diente contiguo, implante o posición del diente edéntulo adicional en el mismo sitio del injerto $235.00

D4341 Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante - *se limita a 4 cuadrantes durante 12 meses consecutivos* $60.00

D4342 Raspado periodontal y alisado radicular - de uno a tres dientes por cuadrante - *se limita a 4 cuadrantes durante 12 meses consecutivos* $50.00

D4346 Raspado cuando hay inflamación gingival generalizada moderada o grave - boca completa, después de una evaluación bucal - *1 D1110 o D4346 por período de 6 meses* $5.00

D4355 Desbridamiento de toda la boca para permitir evaluación y diagnóstico bucales integrales en una consulta posterior - *se limita a 1 tratamiento en cualquier período de 12 meses consecutivos* $60.00

D4910 Mantenimiento periodontal - *se limita a 1 tratamiento por período de 6 meses* $45.00

D4921 Irrigación gingival - por cuadrante .....Sin costo

D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (removible)

- *Para todas las dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales detalladas, el copago incluye ajustes posteriores a la entrega y acondicionamiento del tejido durante los primeros seis meses después de la colocación, si fuera necesario. La persona inscrita debe continuar siendo elegible y el servicio debe brindarse en el centro del Odontólogo contratado donde se entregó originalmente la dentadura postiza.*

- *Las reparaciones de base, las fundas y el acondicionamiento del tejido están limitados a 1 por dentadura postiza durante cualquier período de 12 meses consecutivos.*

- *El reemplazo de una dentadura postiza o dentadura postiza parcial exige que la dentadura existente tenga más de 5 años.*

- ***Las dentaduras postizas requieren una autorización previa antes del tratamiento.***

D5110 Dentadura postiza completa - maxilar $365.00

D5120 Dentadura postiza completa - mandibular $365.00

D5130	Dentadura postiza inmediata- maxilar	$385.00
D5140	Dentadura postiza inmediata- mandibular	$385.00
D5211	Dentadura postiza maxilar parcial - base de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	$325.00
D5212	Dentadura postiza mandibular parcial - base de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	$325.00
D5213	Dentadura postiza maxilar parcial - estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (incluidos materiales de retención/cierre, soportes y dientes)	$395.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular - estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (incluidos materiales de retención/cierre, soportes y dientes)	$395.00
D5221	Dentadura postiza parcial inmediata maxilar - base de resina base de resina (incluidos materiales de retención/cierre, soportes y dientes)	$325.00
D5222	Dentadura postiza parcial inmediata mandibular - base de resina (incluidos materiales de retención/cierre, soportes y dientes)	$325.00
D5223	Dentadura postiza parcial inmediata maxilar - estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (incluidos materiales de retención/cierre, soportes y dientes)	$395.00
D5224	Dentadura postiza parcial inmediata mandibular - estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (incluidos materiales de retención/cierre, soportes y dientes)	$395.00
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	$445.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	$445.00
D5410	Ajuste de la dentadura postiza completa - maxilar	$18.00
D5411	Ajuste de la dentadura postiza completa - mandibular	$18.00
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial - maxilar	$18.00
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial - mandibular	$18.00
D5511	Reparación de base quebrada de dentadura postiza completa, mandibular	$55.00

D5512	Reparación de base quebrada de dentadura postiza completa, maxilar	$55.00
D5520	Reemplazo de dientes fracturados o faltantes - dentadura postiza completa (cada diente)	$35.00
D5611	Reparación de base de resina de dentadura postiza parcial, mandibular	$55.00
D5612	Reparación de base de resina de dentadura postiza parcial, maxilar	$55.00
D5621	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	$55.00
D5622	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	$55.00
D5630	Reparación o reemplazo de gancho roto - por diente	$55.00
D5640	Reemplazo de dientes fracturados - por diente	$45.00
D5650	Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	$45.00
D5660	Agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente - por diente	$55.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico de la estructura de metal fundido (maxilar)	$180.00
D5671	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico de la estructura de metal fundido (mandibular)	$180.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	$105.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	$105.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial	$105.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial	$105.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	$60.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	$60.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio)	$60.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio)	$60.00
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)	$95.00
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)	$95.00

D5760 Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio)..... $95.00

D5761 Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio)..... $95.00.

D5820 Dentadura postiza parcial provisional (maxilar) - *se limita a 1 en 12 meses consecutivos* $125.00

D5821 Dentadura postiza parcial provisional (mandibular) - *se limita a 1 en 12 meses consecutivos* $125.00

D5850 Acondicionamiento de tejido, maxilar..... $30.00

D5851 Acondicionamiento de tejido, mandibular..... $30.00

D5900-D5999 VII. PRÓTESIS MAXILOFACIALES - No cubiertas

D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES - No cubiertos

D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada póntico constituye una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente])

- *Cuando una corona o un póntico superan las seis unidades en el mismo plan de tratamiento, a la persona inscrita se le podrían cobrar $100.00 adicionales por cada unidad después de la sexta unidad.*

- *El reemplazo de una corona, póntico, incrustación, sobrepuesto o placa de descanso exige que el puente existente tenga más de 5 años.*

D6210 Póntico - molde de metal de alta nobleza $395.00

D6211 Póntico - molde de metal base predominante $295.00

D6212 Póntico - molde de metal noble $335.00

D6240 Póntico - porcelana fundida con metal de alta nobleza..... $395.00

D6241 Póntico - porcelana fundida con metal base predominante $295.00

D6242 Póntico - porcelana fundida con metal noble..... $335.00

D6243 Póntico - porcelana fundida con titanio o aleaciones de titanio..... $335.00

D6245 Póntico - porcelana/cerámica..... $395.00

D6250 Póntico - resina con metal de alta nobleza..... $335.00

D6251 Póntico - resina con metal base predominante..... $235.00

D6252	Póntico - resina con metal noble	$275.00
D6600	Incrustación inlay y retenedor - porcelana/cerámica, dos superficies	$345.00
D6601	Incrustación inlay y retenedor - porcelana/cerámica, tres o más superficies	$365.00
D6602	Incrustación inlay y retenedor - molde de metal de alta nobleza, dos superficies	$295.00
D6603	Incrustación inlay y retenedor - molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies	$305.00
D6604	Incrustación inlay y retenedor - molde de metal base predominante, dos superficies	$195.00
D6605	Incrustación inlay y retenedor - molde de metal base predominante, tres o más superficies	$205.00
D6606	Incrustación inlay y retenedor - molde de metal noble, dos superficies	$225.00
D6607	Incrustación inlay y retenedor - molde de metal noble, tres o más superficies	$235.00
D6608	Incrustación onlay y retenedor - porcelana/cerámica, dos superficies	$340.00
D6609	Incrustación onlay y retenedor - porcelana/cerámica, tres o más superficies	$375.00
D6610	Incrustación onlay y retenedor - molde de metal de alta nobleza, dos superficies	$300.00
D6611	Incrustación onlay y retenedor - molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies	$310.00
D6612	Incrustación onlay y retenedor - molde de metal base predominante, dos superficies	$200.00
D6613	Incrustación onlay y retenedor - molde de metal base predominante, tres o más superficies	$210.00
D6614	Incrustación onlay y retenedor - molde de metal noble, dos superficies	$220.00
D6615	Incrustación onlay y retenedor - molde de metal noble, tres o más superficies	$240.00
D6720	Corona y retenedor - resina con metal de alta nobleza	$335.00
D6721	Corona y retenedor - resina con metal base predominante	$235.00
D6722	Corona y retenedor - resina con metal noble	$275.00
D6740	Corona y retenedor - porcelana/cerámica	$395.00

D6750	Corona y retenedor - porcelana fundida con metal de alta nobleza	$395.00
D6751	Corona y retenedor - porcelana fundida con metal base predominante	$295.00
D6752	Corona y retenedor - porcelana fundida con metal noble	$335.00
D6753	Corona y retenedor - porcelana fundida con titanio o aleaciones de titanio	$395.00
D6780	Corona y retenedor - molde ¾ de metal de alta nobleza	$395.00
D6781	Corona y retenedor - molde ¾ de metal base predominante	$295.00
D6782	Corona y retenedor - molde ¾ de metal noble	$335.00
D6783	Corona y retenedor - ¾ de porcelana/cerámica	$395.00
D6784	Corona y retenedor - titanio y aleaciones de titanio	$395.00
D6790	Corona y retenedor - molde completo de metal de alta nobleza	$395.00
D6791	Corona y retenedor - molde completo de metal base predominante	$295.00
D6792	Corona y retenedor - molde completo de metal noble	$335.00
D6930	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija	$25.00
D6940	Placa de descanso	$50.00
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por fallas en el material de restauración	$70.00

D7000-D7999 X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

- *Incluye las evaluaciones preoperatorias y posoperatorias, y el tratamiento con anestesia local.*

D7140	Extracción de diente brotado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	$14.00
D7210	Extracción de diente brotado que requiere de extracción de hueso o corte de diente, incluida elevación de colgajo mucoperióstico, si está indicado	$55.00
D7220	Extracción de diente impactado - tejido blando	$70.00
D7230	Extracción de diente retenido - parcialmente en hueso	$95.00

D7240	Extracción de diente impactado - completamente en hueso	$120.00
D7241	Extracción de diente impactado - completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	$140.00
D7250	Extracción de raíces de dientes residuales (procedimiento con incisión)	$45.00
D7251	Coronectomía - extracción parcial intencional del diente	$140.00
D7270	Reimplantación de diente o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado	$130.00
D7280	Exposición de un diente no brotado	$120.00
D7282	Movilización de un diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a que brote	$120.00
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	Sin costo
D7286	Biopsia incisiva de tejido bucal - blando - no incluye procedimientos de laboratorio patológico	$40.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	$100.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	$100.00
D7320	Alveoloplastia no realizada junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	$120.00
D7321	Alveoloplastia no realizada junto con extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	$120.00
D7450	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin costo
D7451	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin costo
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$100.00
D7472	Extracción del rodete palatino	$100.00
D7473	Extracción del rodete mandibular	$100.00

D7510 Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intrabucal $25.00

D7922 Colocación de apósito biológico en el alvéolo dental para ayudar a la hemostasia o la estabilización de coágulos, por sitio ..... Sin costo

D7960 Frenilectomía (también conocida como frenectomía o frenotomía) - procedimiento separado no incidental en otro procedimiento $20.00

D7970 Extirpación de tejido hiperplásico - por arco $80.00

D7971 Extirpación de encía pericoronal $80.00

D8000-D8999 XI. ORTODONCIA - Sin cobertura

D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

D9110 Tratamiento paliativo (emergencia) de dolor dental - procedimiento menor $20.00

D9211 Anestesia regional ..... Sin costo

D9212 Anestesia por bloqueo de división trigeminal ..... Sin costo

D9215 Anestesia local en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos ..... Sin costo

D9219 Evaluación para la sedación profunda o anestesia general ..... Sin costo

D9222 Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos $80.00

D9223 Sedación profunda/anestesia general - cada incremento posterior de 15 minutos $80.00

D9239 Analgesia/sedación (consciente) intravenosa moderada - primeros 15 minutos $80.00

D9243 Analgesia/sedación (consciente) intravenosa moderada - cada incremento posterior de 15 minutos $80.00

D9310 Consulta - servicio de diagnóstico proporcionado por un odontólogo o médico que no sea el odontólogo o médico solicitante $25.00

D9311 Consulta con un profesional de atención médica ..... Sin costo

D9430 Consulta para observación (en el horario de atención habitual) - sin la prestación de otros servicios $5.00

D9440 Consulta - fuera del horario de atención habitual $35.00

D9450	Presentación de caso, planificación de tratamiento detallada y extensiva	Sin costo
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	Sin costo
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	Sin costo
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	Sin costo
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	Sin costo
D9943	Ajuste de protector oclusal	$10.00
D9944	Protector oclusal: pieza dura, arco completo: limitado a 1 (D9944, D9945 o D9946) cada 3 años	$105.00
D9945	Protector oclusal: pieza blanda, arco completo: limitado a 1 (D9944, D9945 o D9946) cada 3 años	$105.00
D9946	Protector oclusal: pieza dura, arco parcial: limitado a 1 (D9944, D9945 o D9946) cada 3 años	$105.00
D9951	Ajuste oclusivo, limitado	$55.00
D9952	Ajuste oclusivo, completo	$105.00
D9975	Blanqueamiento dental externo para aplicación en el hogar, por arco; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas - limitado a una bandeja y gel de blanqueamiento para dos semanas de autotratamiento	$125.00
D9986	Cita perdida - sin aviso con 24 horas de anticipación	$10.00
D9987	Cita cancelada - sin aviso con 24 horas de anticipación	$10.00
D9991	Manejo de casos dentales - abordar barreras para el cumplimiento de citas	Sin costo
D9992	Manejo de casos dentales - coordinación de la atención	Sin costo
D9995	Teleodontología - encuentro sincronizado en tiempo real	Sin costo
D9996	Teleodontología - asíncrona; información almacenada y enviada al odontólogo para su posterior revisión	Sin costo
D9997	Manejo de casos dentales - pacientes con necesidades especiales de atención médica	Sin costo

Si los servicios de un procedimiento que se encuentra en la lista son realizados por el Odontólogo contratado asignado, la persona inscrita paga el copago especificado. Delta Dental debe autorizar los procedimientos indicados que requieren que un Odontólogo brinde Servicios especializados, y que sean recomendados por el Odontólogo contratado asignado. La persona inscrita paga el copago especificado para dichos servicios.

ADJUNTO B

Limitaciones de beneficios

1. La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se enumeran en el Adjunto A, Descripción de beneficios y copagos.

2. Si la persona inscrita acepta un plan de tratamiento del Odontólogo contratado que incluye cualquier combinación de más de seis coronas, pónticos de puentes o retenedores de puentes, a la persona inscrita se le podrían cobrar $100.00 adicionales por encima del copago indicado para cada uno de estos servicios después de que se hubiera proporcionado la sexta unidad.

3. La anestesia general o la sedación/analgesia intravenosa se limitan al tratamiento proporcionado por un cirujano bucal contratado y junto con una recomendación aprobada para la extracción de una o más impactaciones óseas parciales o completas (Procedimientos D7230, D7240 y D7241).

Exclusiones de beneficios

1. Cualquier procedimiento que no está específicamente indicado en el Adjunto A, Descripción de beneficios y copagos.

2. Cualquier procedimiento que, en la opinión profesional del Odontólogo contratado:

    a. tiene un diagnóstico insuficiente para asegurar su resultado satisfactorio y longevidad razonable por el estado del diente/dientes o estructuras adyacentes; o

    b. no es coherente con los estándares generalmente aceptados por la odontología.

3. Servicios que se realizan solo con un propósito estético, salvo el procedimiento D9975 (Blanqueamiento dental externo para aplicación en el hogar, por arco), o debido a afecciones que son resultado de defectos hereditarios o del desarrollo, como el paladar hendido, malformaciones en las mandíbulas superior e inferior, dientes faltantes por razones congénitas y dientes descoloridos o sin esmalte.

4. Piezas perdidas o robadas, incluidas, entre otras, dentaduras postizas parciales o completas, espaciadores dentales, coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).

5. Procedimientos, piezas o restauraciones si el propósito es cambiar la dimensión vertical, o diagnosticar o tratar condiciones anormales de la articulación temporomandibular (TMJ).

6. Metales preciosos para piezas extraíbles, bases metálicas o blandas permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de porcelana para dentadura postiza, pilares de precisión para dentaduras postizas parciales extraíbles o parciales fijas (sobrepuestos, implantes y piezas relacionados con estos) y personalización y caracterización de dentaduras postizas parciales o completas.

7. Piezas y accesorios odontológicos para implantes, colocación, mantenimiento y extracción de implantes, y todos los demás servicios asociados con un implante dental.

8. Consultas por beneficios no cubiertos.

9. Servicios dentales recibidos en cualquier centro odontológico que no sea el Odontólogo contratado asignado, un especialista dental preautorizado, salvo para servicios de emergencia, como se describe en el contrato o la Evidencia de cobertura.

10. Todas las tarifas relacionadas con la admisión, el uso o la estadía en un hospital, centro quirúrgico para pacientes externos, centro de atención médica prolongada u otro centro de atención médica similar.

11. Medicamentos con receta.

12. Gastos odontológicos incurridos en relación con cualquier procedimiento odontológico iniciado antes de la elegibilidad de la persona inscrita para este Plan. Algunos ejemplos incluyen los siguientes: dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto en progreso y dentaduras postizas parciales o completas para las que se hayan tomado impresiones.

13. Dispositivos o tratamientos miofuncionales y parafuncionales.

14. Tratamientos o dispositivos proporcionados por un Odontólogo cuya práctica se especializa en los servicios de prostodoncia.

Servicio para los miembros de *Stanford Health Care Advantage*

Método	Información de contacto del Departamento de Servicio para los miembros
LLAME AL	1-855-996-8422 Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El Departamento de Servicio para los miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los días y horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (a excepción del Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (a excepción de los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-650-498-8724
ESCRIBA A	PO Box 2336 Dublin, CA 94568
SITIO WEB	https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org

Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (SHIP en California)

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud es un programa estatal que recauda fondos del gobierno federal para brindar servicios gratuitos de asesoramiento sobre seguros de salud a nivel local a personas con Medicare.

Método	Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (SHIP de California)
LLAME AL	1-800-434-0222
ESCRIBA A	**(Alameda)** jvandeusen@lashicap.org o 333 Hegenberger Rd. Suite 850, Oakland, CA 94621 **(San Mateo)** christinak@selfhelpelderly.org o 1710 S. Amphlett Blvd. Suite 100, San Mateo, CA 94402 **(Santa Clara)** mespiritu@mysourcewise.com o 2115 The Alameda, San Jose, CA 95126
SITIO WEB	https://cahealthadvocates.org/hicap/

Stanford
HEALTH CARE ADVANTAGE

P.O. Box 2336
Dublin, CA 94568-9802
StanfordHealthCareAdvantage.org

H2986_PD20020_C_NS_SPA