

1 de enero – 31 de diciembre, 2021

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y su cobertura de medicamentos bajo prescripción como miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage, un plan HMO con un contrato con Medicare

Este folleto le proporciona los detalles de su cobertura de atención médica y medicamentos bajo prescripción de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. Le explica cómo obtener los servicios de atención médica y medicamentos bajo prescripción que necesita que le cubran. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Aurora Health Quartz Medicare Advantage, lo ofrece Quartz Medicare Advantage. (Cuando, en esta *Evidencia de cobertura*, se use “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Quartz Medicare Advantage. Cuando se use “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Aurora Health Quartz Medicare Advantage).

Si tiene preguntas o necesita ayuda con el idioma, llame a la línea de Atención al Cliente al (800) 394-5566. Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección. Le ofrecemos servicios de interpretación gratis. Un representante de Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede visitar nuestra página web en QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage.

También podemos proporcionarle información en letra grande o en otros formatos alternativos.

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

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

Evidencia de cobertura para 2021

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si desea ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Usted encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 27

Explica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Aurora Health Quartz Medicare Advantage) y con otras organizaciones incluyendo 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 seguro de salud para las personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos bajo prescripción y la Junta de Jubilación para Ferrovianos.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 50

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 68

Da los detalles acerca de qué tipos de atención médica están cubiertos y *no están* cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto le tocará pagar como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D..... 170

Explica las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Trata sobre cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos*

Índice

(*Formulario*) del plan para averiguar cuáles medicamentos están cubiertos. Explica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde puede surtir sus medicamentos bajo prescripción. Habla sobre los programas del plan relacionados con la seguridad de los medicamentos y cómo manejarlos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D 198

Explica las cuatro etapas de la cobertura para medicamentos (etapa del deducible, 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. Explica los cinco niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D e indica cuánto debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos... 218

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 227

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

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 240

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

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted está teniendo problemas recibiendo la atención médica o medicamentos bajo prescripción que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o restricciones adicionales sobre su cobertura de medicamentos bajo prescripción y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura terminará demasiado pronto.
- Explica cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.

Índice

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan..... 306

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica las situaciones en que nuestro plan se ve obligado a cancelar su membresía al plan.

Capítulo 11. Avisos legales..... 317

Incluye avisos acerca de la ley aplicable y acerca de la prohibición contra la discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 324

Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en Aurora Health Quartz Medicare Advantage, un plan HMO de Medicare	7
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal de la <i>Evidencia de cobertura</i>	8
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	9
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan Aurora Health Quartz Medicare Advantage.....	9
Sección 2.4	Ciudadano americano o con presencia legal en los Estados Unidos	9
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?.....	10
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos bajo prescripción cubiertos	10
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía a todos los proveedores de la red del plan	11
Sección 3.3	La Lista de medicamentos cubiertos (<i>Formulario</i>) del plan	12
Sección 3.4	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos hechos por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D.....	12
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Aurora Health Quartz Medicare Advantage.....	13
Sección 4.1	¿Cuánto es su prima del plan?.....	13
SECCIÓN 5	¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?	14
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?	14
Sección 5.2	¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....	15
Sección 5.3	En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa	16
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?	17

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 6	¿Debe pagar una cantidad adicional para la Parte D por sus ingresos?	17
Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D por sus ingresos?.....	17
Sección 6.2	¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D?.....	17
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con una cantidad adicional de pago para la Parte D?.....	18
Sección 6.4	¿Qué ocurre si no paga la cantidad adicional de la Parte D?.....	18
SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual.....	18
Sección 7.1	Existen varias maneras de pagar la prima de su plan	19
Sección 7.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?.....	22
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	23
Sección 8.1	Cómo ayudar a asegurarse de que tenemos su información correcta.....	23
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información personal de salud.....	24
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida.....	24
SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	24
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	24

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Aurora Health Quartz Medicare Advantage, un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica y sus medicamentos bajo prescripción de Medicare a través de nuestro plan, Aurora Health Quartz Medicare Advantage.

Hay distintos tipos de planes médicos de Medicare. Aurora Health Quartz Medicare Advantage es un plan HMO (HMO significa “Organización de Mantenimiento en Salud”) de Medicare Advantage aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada.

La cobertura conforme a este plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC) y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de protección al paciente y cuidados de salud asequibles (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le explica lo que debe hacer para que nuestro plan cubra sus medicamentos bajo prescripción y atención médica de Medicare. Además, explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a los servicios y la atención médica y a los medicamentos bajo prescripción que están disponibles para usted como miembro de Quartz Medicare Advantage.

Si es un miembro nuevo, es importante que sepa cómo funciona el plan, cuáles son las normas y cuáles servicios están disponibles para usted. Le aconsejamos que dedique unos momentos para examinar este manual de *Evidencia de cobertura*.

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y describe cómo Aurora Health Quartz Medicare Advantage cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de cambios a su cobertura o a las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

Este contrato tiene vigencia por los meses en los que usted esté inscrito en Aurora Health Quartz Medicare Advantage entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite efectuar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de Aurora Health Quartz Medicare Advantage después del 31 de diciembre de 2021. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Aurora Health Quartz Medicare Advantage cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Usted tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- y -- usted vive dentro del área de servicio geográfica (la Sección 2.3 más adelante describe nuestra área de servicio)
- -- y -- usted es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios que suministran los hospitales (pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de asistencia médica en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios como paciente ambulatorio) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan Aurora Health Quartz Medicare Advantage

Aunque Medicare sea un programa federal, Aurora Health Quartz Medicare Advantage está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Wisconsin: Brown, Kenosha, Manitowoc, Milwaukee, Ozaukee, Racine, Sheboygan, Washington, Walworth, Waukesha, Winnebago.

Si piensa trasladarse del área de servicio, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se traslade, tendrá un Periodo de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para la Seguridad Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano americano o con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) avisará a Aurora Health Quartz Medicare Advantage si usted no es elegible para seguir siendo miembro según lo indicado arriba. Aurora Health Quartz Medicare Advantage deberá cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos bajo prescripción cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos bajo prescripción que obtenga en las farmacias de la red. Usted además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de muestra de una tarjeta de miembro para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage, podría tener que pagar todos los gastos de servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios en un centro de cuidados paliativos o participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si obtiene servicios cubiertos con su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare, en lugar de usar su tarjeta de membresía de Aurora Health Quartz Medicare Advantage mientras sea miembro del plan, es posible que usted tenga que pagar el costo completo.

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

Sección 3.2 El Directorio de proveedores: Su guía a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores* es una lista de proveedores, farmacias y proveedores de equipo médico duradero de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales, farmacias y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores proporcionen servicios a los miembros de nuestro plan. La lista actualizada de profesionales, farmacias y proveedores está en nuestra página web en QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage.

¿Por qué necesita saber cuáles proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante que sepa cuáles proveedores son parte de nuestra red porque, con pocas excepciones, mientras usted sea un miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener sus servicios y atención médica. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Aurora Health Quartz Medicare Advantage autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura fuera del área, fuera de la red y en caso de emergencia.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede pedir una copia de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede pedir a Atención al Cliente más información sobre nuestros proveedores de red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores* en QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage o descargarlo desde esa página web. Atención al

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Cliente y el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Muestra qué medicamentos bajo prescripción de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Aurora Health Quartz Medicare Advantage. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la lista de medicamentos de Aurora Health Quartz Medicare Advantage.

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Puede encontrar un Formulario actualizado en nuestra página web, en [QuartzBenefits.com/Medicare Advantage](https://QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage). Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage) o llamar a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos hechos por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Cuando use sus beneficios de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a llevar un registro de los pagos hechos por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D. A este informe resumido se le llama la *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le especifica el monto total que usted ha gastado, o el que han gastado otras personas en su nombre, en sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D y el monto total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D durante el mes. La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* da más información de los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que puedan estar disponibles. Debe consultar con la persona que le receta sobre estas opciones de costo más bajo. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo esta puede ayudarle a llevar un control de su cobertura de medicamentos.

Si lo desea, también puede solicitar un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Aurora Health Quartz Medicare Advantage

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?
--

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual de plan. La tabla siguiente muestra la prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el área de servicio.

Nombre del plan:	Prima mensual del plan
Quartz Medicare Advantage Core D	\$0
Quartz Medicare Advantage Value D	\$31.00
Quartz Medicare Advantage Elite D	\$70.90

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).

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor

Miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D y Elite D: Hay programas para ayudar a las personas con escasos recursos para que puedan pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. En Capítulo 2, en la Sección 7 habla más acerca de estos programas. Si usted califica, al inscribirse en el programa puede disminuir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y obtiene ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura no se aplique a usted.** Hemos incluido un documento separado llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar por sus medicamentos bajo prescripción” (que también se conoce como el “Anexo de subsidio por ingresos bajos” o el “Anexo LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Atención al Cliente y pregunte por el “Anexo LIS” (Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos). (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser mayor

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser más del monto indicado anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen más adelante.

- Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también denominados “beneficios suplementarios opcionales”, entonces usted paga una prima adicional mensual por estos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta acerca de las primas del plan, por favor

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

llame a Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la parte posterior de este folleto). La prima por la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage es de \$48.10.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando inicialmente adquirieron elegibilidad o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en los que no tuvieron cobertura “acreditable” de medicamentos bajo prescripción. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos bajo prescripción estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega 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 en la Parte D.
 - Si usted está obligado a pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos bajo prescripción acreditable. En la Sección 5 del Capítulo 1 se explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si tiene una multa por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, se le podría cancelar su inscripción en el plan.

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?

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

Nota: Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos bajo prescripción, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que usted deba una multa por inscripción tardía en la Parte D si, en cualquier momento después de que finalizó su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo Parte D ni ninguna otra cobertura aceptable de medicamentos con receta. Una “cobertura válida de medicamentos por receta” es una cobertura que cumpla con los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos por receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos bajo prescripción acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D y Elite D: La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe en Aurora Health Quartz Medicare Advantage por primera vez, le informamos de la cantidad de la multa.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Su multa por inscripción tardía en la Parte D se considera parte de su prima del plan. Si no paga la multa de inscripción tardía en la Parte D, puede perder sus beneficios de medicamentos bajo prescripción por no pagar su prima del plan.

Miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D: Cuando se inscribe en Aurora Health Quartz Medicare Advantage por primera vez, le informamos de la cantidad de la multa. Su multa por inscripción tardía de la parte D se considera su prima del plan. Si no paga la multa de inscripción tardía en la Parte D, puede perder sus beneficios de medicamentos con receta.

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

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

- Primero cuente el número de meses totales que se retrasó con la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después que haya adquirido elegibilidad para inscribirse. O cuente el número de meses totales en los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos bajo prescripción, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura aceptable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será de 14%.
- Luego Medicare determina el monto de la prima promedio mensual de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para el 2020, este monto de prima promedio fue de \$32.74. Este monto puede cambiar para el 2021.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 céntimos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por \$32.74, lo que equivale a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se agregaría a la **prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tomar en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa podría cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determina Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- Segundo, **continuará con el pago de una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si se cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años de edad y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años de edad. Después de los 65, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su periodo inicial de inscripción por envejecer en Medicare.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa

Incluso si realiza una inscripción tardía en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D.

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

- Si usted ya tiene cobertura de medicamentos bajo prescripción que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos bajo prescripción de Medicare. Medicare le llama a esto **“cobertura aceptable de medicamentos”**. Tenga en cuenta:
 - La cobertura aceptable podría incluir la cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador previo, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura aceptable. Esta información puede enviarse en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
 - Tenga en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura aceptable” cuando su cobertura de salud termina, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos bajo prescripción era aceptable. El aviso debe decir que tenía cobertura “aceptable” de medicamentos bajo prescripción que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos bajo prescripción de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas aceptables de medicamentos bajo prescripción: tarjetas de descuento de medicamentos bajo prescripción, clínicas gratuitas y sitios web de descuento por medicamentos.
 - Para obtener más información sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y Usted 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero no la tuvo por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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 pedir que se revise la decisión tomada. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en un término de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió, en la cual se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de unirse al plan, podría no tener otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame al servicio de Atención al Cliente para averiguar más sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre la multa. Si lo hace, podría ser dado de baja del plan por no pagar las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar una cantidad adicional para la Parte D por sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D por sus ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será ese monto adicional y cómo pagarlo. La cantidad adicional será retenida de su Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario, o la Oficina de Administración de Personal, no importa lo que se suele pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede ser pagada con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI), según lo reportó en su declaración de impuestos ante el IRS (Servicio de Rentas Internas), se encuentra sobre un monto determinada, usted pagará un monto adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre la cantidad mensual que debe pagar en base a sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con una cantidad adicional de pago para la Parte D?

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

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

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por la cobertura de su Parte D de Medicare. Si usted está obligado por ley a pagar la cantidad adicional y usted no paga, se le cancelará la membresía del plan y pierde la cobertura de medicamentos bajo prescripción.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D y Elite D: Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anteriormente, para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho tanto a la Parte A de Medicare como a la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (los que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.**

Miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D: Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anteriormente, para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho tanto a la Parte A de Medicare como a la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (los que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar 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 cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si se requiere que pague la cantidad adicional y no la paga, se le cancelará la inscripción a este plan y perderá la cobertura de medicamentos bajo prescripción.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta para indicarle cuál será ese monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, vaya a la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2021* le brinda información sobre estas primas en la sección llamada “Costos de Medicare 2021”. 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 con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año en el otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a apuntarse por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2021* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen varias maneras de pagar la prima de su plan

Miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D y Elite D: Existen cuatro maneras en las que puede pagar la prima de su plan. Si quiere cambiar la manera en la que paga su prima, comuníquese con el departamento de Atención al Cliente para obtener información sobre cómo hacerlo.

Si decide cambiar la manera en que paga su prima, puede que se tarde hasta tres meses para que se implemente su nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de nuevo método de pago, es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo.

Miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D: Si paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, hay cuatro formas en las que puede pagarla. Si quiere cambiar la manera en la que paga su prima, comuníquese con el departamento de Atención al Cliente para obtener información sobre cómo hacerlo.

Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, puede tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago tenga efecto. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque o giro postal (no se acepta efectivo)

Si decide pagar sus primas mensuales con cheque o giro postal, recibirá una cuponera poco después de su inscripción. Las cuponeras nuevas se procesan y distribuyen una vez por semana. Si pierde su cuponera o se queda sin cupones, comuníquese con el departamento de Atención al

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Cliente. Recibirá de forma automática una nueva cuponera al final de cada año para la prima del año siguiente.

Los pagos de primas deben enviarse usando las etiquetas de dirección que están en la parte de atrás de la cuponera. Los pagos de primas deben enviarse a la siguiente dirección:

Quartz Medicare Advantage
PO Box 78498
Milwaukee, Wisconsin 53278-8498

Opción 2: Pago electrónico recurrente automático desde una cuenta bancaria o con tarjeta de crédito

Si elige que Quartz procese sus primas mensuales mediante una deducción automática del pago de su cuenta bancaria, esta entrará en vigencia alrededor de 30 días después de que recibamos su solicitud por escrito o un formulario de cambio de pago. Le enviaremos una notificación escrita para indicarle el mes en que comenzará el pago automático. Las deducciones automáticas se harán el segundo día laboral de cada mes.

También puede establecer pagos automáticos mediante su cuenta MyChart de Quartz, ya sean deducciones de la cuenta bancaria o pagos con tarjeta de crédito. Puede elegir el día del mes en que quiere pagar su prima, y entrará en vigencia de inmediato. Esta información se puede modificar en cualquier momento. Si cambia a este método de autoservicio, asegúrese de cancelar la deducción automática de su pago existente con Quartz. Comuníquese con el departamento de Atención al Cliente para pedir más información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 3: Pago electrónico único desde una cuenta bancaria o con tarjeta de crédito

Si elige pagar su prima mensual mediante un pago electrónico único desde su cuenta bancaria o con tarjeta de crédito, puede hacerlo a través de su cuenta MyChart de Quartz. Puede elegir el día en que quiere que su prima se pague y se procesará en esa fecha. También recibirá una confirmación electrónica de su pago.

Comuníquese con el departamento de Atención al Cliente para pedir más información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Opción 4: Puede hacer que la prima del plan y la multa por inscripción tardía en la Parte D se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que la prima del plan y la multa por inscripción tardía en la Parte D se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el departamento de Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan y la multa de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan y la multa por inscripción tardía en la Parte D

La prima de su plan o la multa por inscripción tardía en la Parte D deben llegar a nuestra oficina el primer día del mes. Si no recibimos el pago de su prima o la multa antes del día 15 del mes, le enviaremos un aviso para informarle de que su membresía del plan finalizará si no recibimos el pago de la prima o de la multa por inscripción tardía en la Parte D en un plazo de dos meses calendario a partir de la fecha de pago original. Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene dificultades para pagar su prima o la multa por inscripción tardía en la Parte D a tiempo, comuníquese con el departamento de Atención al Cliente para ver si podemos remitirlo a algún programa que lo ayude con la prima o la multa. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Si cancelamos su membresía porque no pagó la prima o la multa por inscripción tardía en la Parte D, comenzará a recibir la cobertura de Medicare Original.

Si cancelamos su membresía al plan debido a que no pagó la multa por inscripción tardía o la prima de su plan, no podrá recibir cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un nuevo plan durante el periodo de inscripción anual. Durante el periodo de inscripción abierta anual de Medicare, puede unirse a un plan independiente de medicamentos bajo prescripción o de salud que también proporcione cobertura de medicamentos. (Si permanece sin cobertura “válida” por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante el tiempo que usted tiene cobertura de la Parte D.)

Cuando cancelamos su membresía, es posible que aún nos deba las primas o la multa que no pagó. Tenemos derecho a exigir el pago de las primas o de la multa que nos deba. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan ofrecido por nosotros) deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si considera que hemos cancelado su membresía injustamente, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. La Sección 9 del capítulo 10 describe cómo presentar un reclamo). En caso de que una circunstancia de emergencia fuera de su control le impida pagar las primas del plan o la multa por inscripción tardía en la parte D en nuestro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

período de gracia, puede solicitar que reconsideremos esta decisión llamando a la línea de Atención al Cliente al (800) 394-5566, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, también podemos ayudarlo los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711, (800) 877-8973. Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección. Le ofrecemos servicios de interpretación gratis. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que se cancele su membresía.

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

No.

Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D: No tenemos permitido empezar a cobrar una prima mensual del plan durante el año.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que tenga que empezar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía podría aplicar si tuvo un período continuo de 63 días o más en los que no tuvo cobertura «acreditable» de medicamentos bajo prescripción). Esto podría ocurrir si usted adquiere elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” a lo largo del año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para “Ayuda Adicional” durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde la “Ayuda Adicional”, es posible que quede sujeto a la multa por inscripción tardía si permanece 63 días seguidos o más sin la cobertura de la Parte D ni de otra cobertura válida de medicamentos bajo prescripción.

Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D y Elite D: No se nos permite que cambiemos la cantidad que cobramos por la prima de plan mensual durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el siguiente año, le indicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si usted adquiere elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” a lo largo del año: Si un miembro califica para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus costos de medicamentos bajo prescripción, el programa “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año, deberá empezar a pagar su prima mensual

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

completa. Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 8.1	Cómo ayudar a asegurarse de que tenemos su información correcta
--------------------	--

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluido su Médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP).

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

Háganos saber de estos cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (tal como de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad civil, tal como las reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si le ingresaron en un hogar de ancianos
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable que designó (tal como un encargado del cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio clínico de investigación

Si cambia esta información, comuníquenoslo al llamar a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para la Seguridad Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

Medicare requiere que recolectemos información suya acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para mayor información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga algo. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no aparece listada, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada 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 estatales y federales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

Si desea más información acerca de cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.3 en el Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. Al seguro que paga primero se le llama el “pagador primario” y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el “pagador secundario”, solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud colectivo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, quién sea el pagador primario dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que adquiere elegibilidad para Medicare.

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

- Seguro independiente de culpabilidad (incluido seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación a los trabajadores

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

Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que tenga que proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (cuando haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Recursos y números de teléfono importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Aurora Health Quartz Medicare Advantage (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con el departamento de Atención al Cliente del plan)	28
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	37
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	39
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad de la atención a las personas con Medicare)	40
SECCIÓN 5	Seguro Social	41
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos)	42
SECCIÓN 7	Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos bajo prescripción	43
SECCIÓN 8	Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	47
SECCIÓN 9	¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?	48

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Aurora Health Quartz Medicare Advantage
 (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con el departamento de Atención al Cliente del plan)

Cómo comunicarse con Atención al Cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al departamento de Atención al Cliente de Aurora Health Quartz Medicare Advantage. Será un gusto ayudarlo.

Método	Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(800) 394-5566 Las llamadas a este número son gratuitas. Un representante de Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si llama fuera de nuestro horario normal de atención, puede dejar un mensaje de voz confidencial, y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral. Atención al Cliente tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	(608) 643-2564, Attention: Customer Service
ESCRIBA A	Quartz Medicare Advantage Attention: Customer Service 840 Carolina Street Sauk City, Wisconsin 53583 Correo electrónico: CustomerService@QuartzBenefits.com Portal seguro para miembros: Quartz MyChart
SITIO WEB	QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

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

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de toma de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	<p>(800) 394-5566</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Un representante de Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si llama fuera de nuestro horario normal de atención, puede dejar un mensaje de voz confidencial, y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral.</p>
TTY/TDD	<p>Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>(608) 881-8397</p> <p>Attention: Medical Management</p>
ESCRIBA A	<p>Quartz Medicare Advantage Attention: Medical Management 840 Carolina Street Sauk City, Wisconsin 53583</p>
SITIO WEB	<p>QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

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

Método	Apelaciones de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	<p>(800) 394-5566, ext. 308284 para comunicarse con un especialista en apelaciones. Puede comunicarse con un especialista en apelaciones de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 4:30 p. m.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si quiere pedir una cita con un miembro de nuestro equipo de Apelaciones, estamos disponibles a pedido. Llame para programar una cita.</p>
TTY/TDD	<p>Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>(608) 644-3500</p> <p>Attention: Appeals Specialist</p>
ESCRIBA A	<p>Quartz Medicare Advantage Attention: Appeals Specialist 840 Carolina Street Sauk City, Wisconsin 53583 Correo electrónico: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com</p>
SITIO WEB	<p>QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, e incluso un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe ver la sección anterior acerca de cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Reclamos sobre atención médica – Información de contacto
LLAME AL	<p>(800) 394-5566</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Un representante de Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si llama fuera de nuestro horario normal de atención, puede dejar un mensaje de voz confidencial, y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral.</p>
TTY/TDD	<p>Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>(608) 644-3500</p> <p>Attention: Appeals Specialist</p>
ESCRIBA A	<p>Quartz Medicare Advantage Attention: Appeals Specialist 840 Carolina Street Sauk City, Wisconsin 53583 Correo electrónico: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Aurora Health Quartz Medicare Advantage directamente a Medicare. Para poner una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

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

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos bajo prescripción de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	<p>(800) 394-5566</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Un representante de Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si llama fuera de nuestro horario normal de atención, puede dejar un mensaje de voz confidencial, y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral.</p>
TTY/TDD	<p>Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>(608) 881-8398</p> <p>Attention: Quartz Pharmacy Program</p>
ESCRIBA A	<p>Quartz Medicare Advantage Attention: Programa de Farmacia de Quartz 840 Carolina Street Sauk City, Wisconsin 53583 Correo electrónico: QuartzPharmacyProgram@QuartzBenefits.com</p>
SITIO WEB	<p>QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

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

Método	Apelaciones de medicamentos bajo prescripción de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	<p>(800) 394-5566, ext. 308284 para comunicarse con un especialista en apelaciones.</p> <p>Puede comunicarse con un especialista en apelaciones de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 4:30 p. m.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si quiere pedir una cita con un miembro de nuestro equipo de Apelaciones, estamos disponibles a pedido. Llame para programar una cita.</p>
TTY/TDD	<p>Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>(608) 644-3500</p> <p>Attention: Appeals Specialist</p>
ESCRIBA A	<p>Quartz Medicare Advantage Attention: Appeals Specialist 840 Carolina Street Sauk City, Wisconsin 53583 Correo electrónico: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com</p>
SITIO WEB	<p>QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Cómo comunicarse con nosotros para presentar un reclamo relacionado con sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, e incluso un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe ver la sección anterior acerca de cómo presentar una apelación). Si desea más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Reclamos de medicamentos bajo prescripción de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	<p>(800) 394-5566</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Un representante de Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si llama fuera de nuestro horario normal de atención, puede dejar un mensaje de voz confidencial, y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral.</p>
TTY/TDD	<p>Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>(608) 881-8398</p> <p>Attention: Quartz Pharmacy Program</p>
ESCRIBA A	<p>Quartz Medicare Advantage Attention: Quartz Pharmacy Program 840 Carolina Street Sauk City, Wisconsin 53583</p> <p>Correo electrónico: QuartzPharmacyProgram@QuartzBenefits.com</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Aurora Health Quartz Medicare Advantage directamente a Medicare. Para poner una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

A dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido

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

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

Método	Solicitud de pago – Información de contacto
LLAME AL	<p>(800) 394-5566</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Un representante de Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si llama fuera de nuestro horario normal de atención, puede dejar un mensaje de voz confidencial, y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral.</p>
TTY/TDD	<p>Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
FAX	<p>Para reclamos MÉDICOS: (608) 643-2564 Attention: Claims Dept.</p> <p>Para reclamos de FARMACIA: (608) 881-8398 Attention: Quartz Pharmacy Program</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitud de pago – Información de contacto
ESCRIBA A	<p>Para reclamos MÉDICOS: Quartz Medicare Advantage Attention: Claims Dept. 840 Carolina Street Sauk City, Wisconsin 53583</p> <p>Para reclamos de MEDICAMENTOS: Quartz Medicare Advantage Attention: Quartz Pharmacy Program 840 Carolina Street Sauk City, Wisconsin 53583</p> <p>Correo electrónico: QuartzPharmacyProgram@QuartzBenefits.com</p>
SITIO WEB	<p>QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, hogares de ancianos, médicos, organizaciones de atención médica y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad para Medicare): Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes Medicare): Provee información individualizada acerca de planes de medicamentos bajo prescripción de Medicare, planes de salud de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>área. Estas herramientas proveen una <i>estimación</i> de lo que pueden ser sus gastos de bolsillo en distintos planes de Medicare.</p> <p>También puede usar la página web para informar a Medicare de cualquier queja que tenga sobre Aurora Health Quartz Medicare Advantage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su reclamo: Puede presentar una queja sobre Aurora Health Quartz Medicare Advantage directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, puede ser que en la biblioteca local o en el centro para personas de la tercera edad puedan ayudarle con acceso a una para visitar este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información 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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos
(ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Wisconsin, SHIP se llama Junta sobre Envejecimiento y Atención a Largo Plazo del Estado de Wisconsin (State of Wisconsin Board on Aging and Long Term Care).

La Junta sobre Envejecimiento y Atención a Largo Plazo del Estado de Wisconsin es independiente (no está relacionada con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Los asesores de la Junta sobre Envejecimiento y Atención a Largo Plazo del Estado de Wisconsin pueden ayudarlo con sus preguntas sobre Medicare o sus problemas. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a poner quejas acerca de su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de la Junta sobre Envejecimiento y Atención a Largo Plazo del Estado de Wisconsin también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes.

Método	Junta sobre Envejecimiento y Atención a Largo Plazo del Estado de Wisconsin (SHIP) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 242-1060
ESCRIBA A	State of Wisconsin Board on Aging and Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, Wisconsin 53704-4001
SITIO WEB	longtermcare.wi.gov

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad
 (pagado por Medicare para verificar la calidad de la atención a las personas con Medicare)

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

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que son pagados por el gobierno federal. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido
- Considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Si piensa que la cobertura de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro especializado de enfermería o del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando antes de tiempo.

Método	Livanta (Organización para la mejora de la calidad de Wisconsin) – Información de contacto
LLAME AL	(888) 524-9900
TTY	(888) 985-8775 Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla.
ESCRIBA A	Livanta 10820 Guilford Road, Suite 202, Annapolis Junction, Maryland 20701-1105 Fax: (855) 236-2423
SITIO WEB	livantaqio.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos americanos y residentes permanentes legales que tienen 65 años de edad o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal de etapa final y reúnen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen un mayor ingreso. Si recibió una carta del Seguro Social en donde se le indica que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 6 Medicaid

(un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos)

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

Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (por ejemplo, deducibles, coaseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
- **Beneficiario de Medicare con bajo ingreso especificado (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Elegibles Incapacitadas y que Trabajan (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

En Wisconsin, para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin.

Método	Departamento de Servicios de Salud (programa Medicaid) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 362-3002
ESCRIBA A	Wisconsin Department of Health Services 1 W. Wilson Street Madison, Wisconsin 53703
SITIO WEB	dhs.wisconsin.gov/forwardhealth

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 7 Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos bajo prescripción

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare proporciona “Ayuda Adicional” a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar los costos de medicamentos bajo prescripción. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos bajo prescripción de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Es posible que las personas con ingresos y recursos limitados califiquen para recibir “Ayuda Adicional”. Algunas personas califican automáticamente para obtener “Ayuda Adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para recibir “Ayuda Adicional”.

Es posible que pueda obtener “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos bajo prescripción, primas y costos. Para verificar si califica para obtener “Ayuda Adicional”, llame a:

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

Si piensa que usted calificó para obtener “Ayuda Adicional” y considera que está pagando un monto incorrecto de costos compartidos cuando obtiene su medicamento con receta médica en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite a usted ya sea solicitar asistencia para obtener pruebas de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene las pruebas, entregárnoslas.

- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta médica en la farmacia. Si paga más que el monto de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por el monto que pagó de más o podemos compensarle copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y estos copagos representan un pago que usted debe a la farmacia, nosotros podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagar directamente al estado. Póngase en contacto con Atención al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare

El Programa de descuentos durante el periodo 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 periodo de interrupción en cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Para medicamentos de marca, el descuento del 70% proporcionado por los fabricantes excluye cualquier cargo de dispensación por costos en el periodo sin cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del cargo de dispensación 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 Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted pague como el monto del descuento del fabricante cuentan hacia sus gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y lo pasa hacia el período de interrupción en cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no cuenta para sus gastos de bolsillo.

Además, recibe cobertura de medicamentos genéricos. Si llega al período sin cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75%) no se tiene en cuenta para los gastos de su bolsillo. Solamente el monto que usted pague cuenta y pasa hacia el período sin cobertura. También, el cargo de dispensación está incluido en el costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare en general, póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Si usted está inscrito en un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP), o cualquiera de los programas que ofrecen cobertura para medicamentos de la Parte D (aparte de “Ayuda Adicional”), usted conseguirá el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. También, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) u otra cobertura.

¿Qué ocurre si usted tiene cobertura mediante un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de asistencia para los medicamentos del SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para los medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para ADAP que tienen VIH/SIDA

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

tengan acceso a medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos bajo prescripción de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la ayuda con el costo compartido para medicamentos bajo prescripción mediante el Programa contra el SIDA/VIH de Wisconsin. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opere en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, incluyendo un comprobante de residencia en el estado, de su condición de VIH, de bajos ingresos según lo defina el estado y si no tiene seguro o su seguro es insuficiente.

Si usted actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar dándole ayuda de gastos compartidos para medicamentos bajo prescripción de la Parte D de Medicare en relación con los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del ADAP. Para asegurarse de que continúa recibiendo asistencia, notifíquelo a su trabajador local de inscripción en el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) acerca de cualquier cambio en su nombre de plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al:

- Programa contra el SIDA/VIH de Wisconsin al (800) 991-5532.

¿Qué sucede si cuenta con Ayuda Adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus costos de medicamentos bajo prescripción? ¿Obtiene los descuentos?

Si recibe Ayuda Adicional, ya tiene cobertura para sus costos de medicamentos bajo prescripción durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento y piensa que debió haberlo recibido?

Si piensa que ya llegó al período sin cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su próxima *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 no estamos de acuerdo con que le debemos un descuento, puede apelar. Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) puede ayudarlo a presentar una apelación (los números de teléfono aparecen en la Sección 3 de este Capítulo), o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos bajo prescripción según su necesidad financiera, edad, condición médica o sus discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Wisconsin, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es SeniorCare.

Método	SeniorCare (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Wisconsin) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 657-2038 (línea gratuita) Si tiene preguntas sobre el programa SeniorCare, llame a la línea directa de Atención al Cliente de SeniorCare al 1-800-657-2038, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla]
ESCRIBA A	SeniorCare P.O. Box 6710 Madison, Wisconsin 53716-0710
SITIO WEB	www.dhs.wisconsin.gov/seniorcare

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios – Información de contacto
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 de Empleados Ferroviarios (RRB), los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas del día, incluso los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?

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

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos bajo prescripción a través de su (o de su cónyuge) empleador, o grupo de jubilados, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos bajo prescripción 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	Cosas que debe saber sobre cómo recibir cobertura para su atención médica como miembro de nuestro plan.....	52
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	52
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan.....	52
SECCIÓN 2	Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.....	54
Sección 2.1	Debe elegir a un Médico de cabecera (PCP) para que dé y supervise su atención médica.....	54
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir la aprobación por anticipado de su médico de cabecera (PCP)?.....	54
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	55
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red.....	57
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....	57
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica.....	57
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente por los servicios.....	59
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre.....	59
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios cubiertos?.....	60
Sección 4.1	Puede pedir que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos.....	60
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total.....	60
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?.....	61
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	61
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?.....	62

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 6	Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa para la atención no médica”	63
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa para la atención no médica?	63
Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa no médica que preste atención médica	63
SECCIÓN 7	Normas para tener equipo médico duradero	64
Sección 7.1	¿Le pertenecerá a usted el equipo médico duradero después de hacer cierto número de pagos bajo nuestro plan?.....	64
SECCIÓN 8	Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento	65
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	65
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	65
Sección 8.3	¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original?.....	66

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir cobertura para su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica cosas que debe conocer acerca de cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir servicios, tratamientos médicos y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para ver los detalles acerca de la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe este cuidado, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener la atención y los servicios que tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para dar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores proporcionen servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan

Como plan de salud de Medicare, Aurora Health Quartz Medicare Advantage debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y respetar las normas de cobertura de Medicare Original.

Aurora Health Quartz Medicare Advantage, en general, cubrirá su atención médica si:

- **La atención que reciba está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un Médico de cabecera (un PCP) que está dando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de cabecera (PCP) de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación por anticipado de parte antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. A esto se le llama darle una “remisión”. Para mayor información acerca de esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su médico de cabecera (PCP) para los cuidados de emergencia o los servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que usted puede recibir sin tener una aprobación por anticipado de su médico de cabecera (PCP) (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que recibe de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios de urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios necesarios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor de fuera de la red. El director médico del plan debe aprobar una remisión escrita antes de buscar atención si su proveedor de la red sugiere o recomienda atención fuera de la red. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera el cuidado de un proveedor de red. Para obtener información acerca de recibir aprobación para ver a un médico de fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 2 Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un Médico de cabecera (PCP) para que dé y supervise su atención médica

¿Qué es un “médico de cabecera (PCP)” y qué hace él por usted?

Su “médico de cabecera (PCP)” es un proveedor de asistencia médica que cumple los requisitos estatales y está capacitado para darle atención médica básica. Cuando se inscribe como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan como médico de cabecera (PCP). Como se explica abajo, usted recibirá atención básica o de rutina de su médico de cabecera (PCP). Su “médico de cabecera (PCP)” también supervisará el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro del plan. No necesita una remisión de su médico de cabecera (PCP) para ver a un especialista dentro de la red; pero los informes de especialistas se envían al médico de cabecera (PCP) para coordinar mejor su atención.

¿Cómo se elige un médico de cabecera (PCP)?

Cuando usted se inscribió en el plan, podía elegir a su médico de cabecera (PCP) de nuestro *Directorio de proveedores*; si no lo eligió y necesita ayuda:

- Para servicios en Aurora Health Care, llame al (414) 290-9671 para que lo ayuden con la asignación de un médico de cabecera (PCP).
- Llame a la Línea de remisión de médicos de ProHealth al (262) 928-2745 si recibe servicios mediante ProHealth Care.

Cambio de médico de cabecera (PCP)

Usted puede cambiar de médico de cabecera (PCP) por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, su médico de cabecera (PCP) podría salir de la red de proveedores de nuestro plan, y usted podría tener que buscar un nuevo PCP.

Para obtener ayuda para cambiar de médico de cabecera (PCP):

- Para servicios en Aurora Health Care, llame al (414) 290-9671 para que lo ayuden con la asignación de un médico de cabecera (PCP).
- Llame a la Línea de remisión de médicos de ProHealth al (262) 928-2745 si recibe servicios mediante ProHealth Care.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir la aprobación por anticipado de su médico de cabecera (PCP)?

Puede recibir los servicios que se enumeran abajo sin una aprobación por anticipado de su médico de cabecera (PCP).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (rayos X de las mamas), Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe
- Vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores que no pertenecen a la red.
- Servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no están accesibles, por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame a Atención al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio. Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.
- Los especialistas en salud conductual atienden a pacientes con condiciones de salud mental y adicciones al alcohol y a otras drogas.

No exigimos una remisión de su médico de cabecera (PCP) para ver a un especialista dentro de la red.

- Todos los miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage tendrán acceso directo a médicos y proveedores participantes de Aurora Health Quartz Medicare Advantage, incluyendo a especialistas. No exigimos remisiones entre médicos/proveedores participantes de Aurora Health Quartz Medicare Advantage. Se espera que el médico de cabecera (PCP) se identifique antes de la cita del miembro o en ese momento; y los médicos/proveedores de Aurora Health Quartz Medicare Advantage

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

se comunicarán entre ellos para dar atención rentable y de calidad coordinada para todos los miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage.

Los proveedores deben ayudar a los miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage a obtener la autorización previa.

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

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen muchas razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le brindemos a usted acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para informarlo con antelación, un mínimo de 30 días, de si su proveedor está dejando nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado para seguir cubriendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para asegurar de que así sea.
- Si usted considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que sus necesidades de cuidado médico no están siendo atendidas apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación en contra de nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará de ser proveedor de la red de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para sus necesidades de atención en salud.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con el idioma, llame a la línea de Atención al Cliente al (800) 394-5566. Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección. Le ofrecemos servicios de interpretación gratis. Un representante de Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede visitar nuestra página web en [QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage](https://www.QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, el cuidado que recibe de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Hay cuatro excepciones:

- El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado de necesidad urgente que usted recibe de un proveedor de fuera de la red. Para mayor información acerca de esto, y para ver lo que significa cuidado de emergencia o de necesidad urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor de fuera de la red. El director médico del plan debe aprobar una remisión escrita antes de buscar atención si su proveedor de la red sugiere o recomienda atención fuera de la red. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera el cuidado de un proveedor de red.
- Servicios de diálisis que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Beneficio para viajes que dé cobertura para servicios recibidos en otros estados, con algunas exclusiones (consulte el Capítulo 4, Sección 2.3).

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 si tiene una emergencia médica

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, que pierda una extremidad o que pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. Usted *no* tiene que obtener primero una aprobación o referencia de su PCP.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha notificado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le brinden. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general en las siguientes 48 horas. Llame a la línea de Atención al Cliente al (800) 394-5566. Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección. Le ofrecemos servicios de interpretación gratis. Un representante de Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede visitar nuestra página web en QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios en todo el mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de urgencias de alguna otra manera podría poner su salud en peligro. Para más información, vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están proporcionando la atención de emergencia para ayudar a dirigir y dar seguimiento a su atención. Dichos médicos decidirán cuando su condición ya sea estable y cuando la emergencia médica haya terminado.

Después de que la emergencia ya no existe, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para confirmar que su condición sigue siendo estable. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si quienes proporcionan la atención de emergencia son proveedores que no pertenecen a la red, intentaremos coordinar que sean proveedores de la red los que se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría entrar por una emergencia médica – pensando que su salud está en grave peligro – y el médico podría decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos los servicios adicionales *solo* si los obtiene en una de estas dos formas:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios necesarios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener estos servicios necesarios de urgencia (si desea más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente por los servicios

¿Qué son los “servicios necesarios de urgencia”?

Los “servicios necesarios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden proporcionar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles. La afección imprevista puede ser por ejemplo, una exacerbación imprevista de una afección conocida que usted padece.

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

Siempre debe intentar obtener servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Comuníquese con su médico de cabecera (PCP) o con el hospital o centro de cuidados de urgencia más cercano, o llame al 911 para que le indiquen el proveedor más cercano.

¿Qué ocurre si usted está fuera del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de cuidado médico?

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

Nuestro plan cubre cuidados de emergencia en todo el mundo, servicios de urgencia y servicios de ambulancia fuera de los EE. UU. y sus territorios, y en el país. Consulte estas secciones del Capítulo 4 para obtener más información.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Visite el siguiente sitio web: <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies> para obtener información sobre cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede usar a un proveedor dentro de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante el desastre, puede surtir sus medicamentos bajo prescripción en una farmacia que no pertenezca a la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información adicional.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede pedir que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos
--

Si ha pagado más que la parte que le corresponde por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

Aurora Health Quartz Medicare Advantage cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, estos servicios aparecen en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto) y que se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red donde no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos los servicios o la atención médica que está considerando obtener, tiene derecho a preguntarnos si los cubriremos antes de que los obtenga. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar una decisión de no cubrir su cuidado.

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

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Para cubrir los servicios que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Después de alcanzar el límite de beneficios, el costo total que usted paga no se incluirá en los gastos máximos de bolsillo. Puede llamar a Atención al Cliente cuando quiera saber cuánto ya ha usado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus 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 (llamado también una “prueba clínica”) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos evalúan medicamentos o procedimientos de atención médica nuevos por medio de buscar voluntarios para que colaboren con 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 clínicos de investigación están abiertos para 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 mismo.*

Cuando Medicare aprueba el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicar más sobre el mismo y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos a cargo. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos del estudio y entienda bien y acepte lo que se necesita si participa en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando participa en un estudio clínico de investigación, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita tener nuestra aprobación ni la de su médico de cabecera (PCP). Los proveedores que proporcionen su cuidado como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **necesita notificarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto), para informarles que estará participando en un ensayo clínico y para averiguar información más específica sobre lo que su plan pagará.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estarán cubiertos los suministros y servicios que reciba como parte del estudio de investigación, entre ellos:

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

Medicare Original paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare paga la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, en la forma en que lo haría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan.

A continuación, un ejemplo de cómo funciona este costo compartido: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta \$100. Asumamos también que su parte del costo para este examen es \$20 en Medicare Original, pero el examen sería solo \$10 bajo los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el examen y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otros documentos que muestren cuáles servicios ha recibido como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 si desea más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando participa en un estudio clínico de investigación, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aún si usted *no* estuviera en un estudio.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Productos y servicios que el estudio le da a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Productos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se realicen tomografías computarizadas mensuales como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiere una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Para conocer más sobre cómo ingresar en un estudio clínico de investigación, lea la publicación “Medicare y los Estudios Clínicos de Investigación” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa para la atención no médica”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa para la atención no médica?

Una institución religiosa para la atención de la salud no médica es un centro que proporciona atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro especializado de enfermería. Si recibir atención en un hospital o en un centro especializado de enfermería va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para que reciba atención en una institución religiosa para la atención de la salud no médica. Usted puede decidir si busca atención médica en cualquier momento, por cualquier razón. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica). Medicare pagará solamente los servicios de cuidado de la salud no médico proporcionados por instituciones religiosas no médicas para cuidado de la salud.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica que preste atención médica

Para obtener atención de una institución religiosa para la atención de la salud no médica debe firmar un documento legal que dice que, de forma consciente, usted se opone a recibir tratamiento médico que es “no obligatorio”.

- Atención médica o tratamiento médico que “no es de excepción” es cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no requiere* la ley federal, estatal o local.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Tratamiento médico “de excepción” es la atención médica o tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o que *lo requiere* la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que recibe de una institución religiosa no médica para cuidado de la salud, este cuidado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si esta institución le proporciona servicios en un centro, aplican las siguientes condiciones:
 - Debe sufrir de una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados o atención en un centro especializado de enfermería.
 - – y – debe obtener aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que lo admitan al centro o su estadía no estará cubierta.

Consulte los límites de la cobertura en el Capítulo 4, Tabla de beneficios, Hospitalización.

SECCIÓN 7 Normas para tener equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Le pertenecerá a usted el equipo médico duradero después de hacer cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero incluye artículos como el equipo e insumos de oxígeno, las sillas de ruedas, los andadores, los sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión de línea intravenosa, nebulizadores y las camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, hablamos sobre los otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage, por lo general, no adquirirá propiedad de los artículos de equipo médico duradero (DME) alquilado sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME a usted. Llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para averiguar cuáles son los requisitos que debe cumplir y qué documentos debe dar.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

¿Qué sucede con los pagos de equipo médicos duradero que ha realizado si cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad de los equipos médicos duraderos mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Medicare Original para que sea propietario del artículo. Los pagos que hizo mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si hizo menos de 13 pagos por el artículo de equipo médico duradero bajo Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, los pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de que regrese a Medicare Original para que sea propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando usted vuelva a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, mientras usted esté inscrito, Aurora Health Quartz Medicare Advantage cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro del oxígeno y de los contenidos con oxígeno
- Sondas y accesorios relacionados para el oxígeno para el suministro del oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona Aurora Health Quartz Medicare Advantage o si ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, debe devolverlo al propietario.

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

Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20% de coaseguro mensual por el alquiler del equipo para los primeros 36 meses.

Para los 24 meses que siguen a los primeros 36 meses (un total de 60 meses), debe pagar coaseguro por el contenido de oxígeno (si corresponde) y por cada mantenimiento y revisión. El mantenimiento y la revisión se permiten una vez cada seis meses en los 24 meses restantes.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Al final del período de 60 meses, el proveedor del equipo médico duradero (DME) debe dar al miembro la opción de recibir un nuevo equipo. Si el miembro quiere un nuevo equipo, el proceso vuelve a comenzar con un nuevo período de alquiler de 36 meses, seguido de 24 meses de contenidos o mantenimiento y revisión.

Si, antes de inscribirse a Aurora Health Quartz Medicare Advantage, ya hizo un pago por 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Aurora Health Quartz Medicare Advantage es del 20%.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original?

Si regresa a Medicare Original, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses, que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó el alquiler del equipo de oxígeno por 36 meses antes de unirse a Aurora Health Quartz Medicare Advantage, se une a Aurora Health Quartz Medicare Advantage por 12 meses y, luego, vuelve a Medicare Original, pagará todo el costo compartido por la cobertura del equipo de oxígeno.

Del mismo modo, si pagó por 36 meses mientras estaba inscrito en Aurora Health Quartz Medicare Advantage y luego vuelve a Medicare Original, pagará la totalidad del costo compartido por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

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

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

SECCIÓN 1	Explicación de sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos	69
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos	69
Sección 1.2	¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	69
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen por saldos	71
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	72
Sección 2.1	Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan	72
Sección 2.2	Beneficios “suplementarios opcionales” adicionales que usted puede comprar	152
Sección 2.3	Cómo obtener atención utilizando el beneficio opcional para visitantes/viajeros de nuestro plan.....	158
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	159
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos (exclusiones)	159

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

Oferta de telesalud expandida solo durante la emergencia de salud pública por COVID-19. Exención de costo compartido para telesalud con PCP; todos los demás costos compartidos se aplican según la categoría de beneficios correspondiente.

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus facturas médicas. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos.

- Un “**copago**” es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en el que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información acerca de los copagos.)
- “**Coaseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coaseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le dice más sobre su coaseguro.)

La mayoría de personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Medicare Calificado (Qualified Medicare Beneficiary - QMB) no debe pagar nunca deducibles, copagos ni coaseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad a Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que se le está pidiendo que pague de manera indebida, póngase en contacto con Atención al Cliente.

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

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite de cuánto tiene que pagar de bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 más adelante). A este límite se le llama cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios médicos.

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

Miembros de Core D: Como miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage, el monto máximo de gastos de bolsillo que tendrá que pagar por los servicios cubiertos dentro de la red para la Parte A y la Parte B en 2021 es \$5,900. Las cantidades que paga por copagos y coaseguros para servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. (Los montos que paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos de los servicios no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega a la cantidad máxima de gastos de bolsillo de \$5,900, ya no tendrá que pagar más gastos de bolsillo durante el resto del año por servicios dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

Miembros de Value D: Como miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage, el monto máximo de gastos de bolsillo que tendrá que pagar por los servicios cubiertos dentro de la red para la Parte A y la Parte B en 2021 es \$4,900. Las cantidades que paga por copagos y coaseguros para servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. (Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y los medicamentos bajo prescripción de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos de los servicios no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega a la cantidad máxima de gastos de bolsillo de \$4,900, ya no tendrá que pagar más gastos de bolsillo durante el resto del año por servicios dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Miembros de Elite D: Como miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage, el monto máximo de gastos de bolsillo que tendrá que pagar por los servicios cubiertos dentro de la red para la Parte A y la Parte B en 2021 es \$3,900. Las cantidades que paga por copagos y coaseguros para servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. (Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y los medicamentos bajo prescripción de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos de los servicios no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega a la cantidad máxima de gastos de bolsillo de \$3,900, ya no tendrá que pagar más gastos de bolsillo durante el resto del año por servicios dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

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

Como miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage, una protección importante para usted es que solo debe pagar su parte del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de balance.” Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona así:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coaseguro multiplicado por el monto reembolsado por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores que no pertenecen a la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores que no pertenecen a la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le “facturó por saldos”, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

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

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que Aurora Health Quartz Medicare Advantage cubre y lo que usted paga de bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solamente cuando se satisfacen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben proveerse según los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluidos el equipo, los suministros, los servicios y la atención médica) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor de fuera de la red no se cubrirá. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red en las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor que no pertenece a la red.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de red obtiene aprobación previa nuestra (algunas veces se le llama “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en **negrita**.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2021*). Revíselo por Internet en 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 ningún costo bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se aplicará costo compartido por el tratamiento recibido para la enfermedad existente. Si en este examen necesita análisis de laboratorio o

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

servicios de radiología que no se consideren preventivos, se aplicará un costo compartido (como un copago o coaseguro).

- Algunas veces, Medicare agrega cobertura bajo Medicare Original para los servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2021, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

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

 Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios.

 Verá esta estrella junto a los beneficios que nuestro plan da sobre los servicios cubiertos por Medicare (suplementarios).

Tabla de beneficios médicos

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Chequeo de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. El plan cubre estas pruebas de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermera, enfermera autorizada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago para miembros elegibles por este chequeo preventivo.</p>		
<p> Acupuntura 20 tratamientos por año con un proveedor de asistencia médica autorizado</p>	<p>Copago de \$20 por hasta 20 tratamientos por año</p>		

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en estas circunstancias.</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con una duración de 12 semanas o más; • No específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado con una operación, y • No está asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>Se necesita autorización previa para estas ocho sesiones extra. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o muestra regresión.</p>	<p>\$20 de copago por servicios cubiertos por Medicare</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 para cuya afección médica se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o está autorizado por el plan. El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si se dan pruebas de que, por la condición del miembro, otras formas de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. <p> El transporte de emergencia médicamente necesario tiene cobertura mundial.</p>	<p>Copago de \$295 por cada viaje en ambulancia según los beneficios cubiertos por Medicare</p>	<p>Copago de \$275 por cada viaje en ambulancia según los beneficios cubiertos por Medicare</p>	<p>Copago de \$250 por cada viaje en ambulancia según los beneficios cubiertos por Medicare</p>

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Chequeo Anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido Parte B más de 12 meses, puede tener una visita anual de revisión médica para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo en un período de 12 meses a partir de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas anuales de revisión médica después de haber tenido Parte B durante 12 meses.</p> <p> Su visita de bienestar puede incluir un examen de salud periódico o de rutina.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por la visita de bienestar anual.</p> <p>La revisión, la evaluación, el análisis y el tratamiento de cualquier condición médica en su visita tienen cobertura sin copago extra.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Chequeo de la masa ósea</p> <p>Para las personas que cumplan con 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 la masa ósea, detección de la pérdida de masa ósea o determinación de la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>		
<p> Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de prueba de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses 	<p>No hay coaseguro ni copago por las mamografías de detección cubiertas.</p>		

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p> No hay límite para las visitas de rehabilitación cardíaca permitidas según la necesidad médica.</p>	<p>Copago de \$20 por cada visita cubierta para tratamiento cardíaco</p>	<p>Copago de \$15 por cada visita cubierta para tratamiento cardíaco</p>	<p>Copago de \$10 por cada visita cubierta para tratamiento cardíaco</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos 1 visita al año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial, y le dé sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>No hay copago ni coaseguro por el beneficio de prevención de enfermedad cardiovascular con tratamiento conductual intensivo.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios cubiertos  Chequeo de la enfermedad cardiovascular Los exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coaseguro ni copago por las pruebas para enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.		
 Chequeo del cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres de 30 a 65 años de edad: Prueba de HPV una vez cada cinco años junto con la prueba de Papanicolaou. • Si está en alto riesgo de tener cáncer del cuello uterino o está en edad de concebir y tuvo una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	No hay coaseguro ni copago por las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación de la columna para corregir una subluxación <p> Exámenes/Tratamientos</p> <p> Análisis de laboratorio y rayos X</p> <p>Importante: Consulte el Directorio de proveedores para buscar un quiropráctico participante.</p> <p>La cobertura no incluye tratamiento preventivo/de mantenimiento.</p>	<p>Copago de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$20 por exámenes o tratamientos quiroprácticos habituales</p> <p>Copago de \$15 para análisis de laboratorio</p> <p>Copago de \$25 para rayos X</p>	<p>Copago de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$20 por exámenes o tratamientos quiroprácticos habituales</p> <p>Copago de \$10 por análisis de laboratorio</p> <p>Copago de \$15 por rayos X</p>	<p>Copago de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$20 por exámenes o tratamientos quiroprácticos habituales</p> <p>Copago de \$5 para análisis de laboratorio</p> <p>Copago de \$5 por rayos X</p>
<p> Chequeo del cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años de edad o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de examen preventivo como alternativa) cada 48 meses 	<p>No hay coaseguro ni copago por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Chequeo del cáncer colorrectal (continuación)</p> <p>Uno de los siguientes servicios cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen preventivo de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario para detección como una alternativa) cada 24 meses <p>Para personas que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia preventiva cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a un sigmoidoscopia preventiva 			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios dentales</p> <p>Cubrimos cuidado dental que no sea de rutina como cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico.</p> <p> El plan cubre los siguientes servicios: Exámenes bucales, profilaxis (limpieza), tratamiento con flúor, radiografías dentales, servicios que no son de rutina, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales o maxilofaciales.</p> <p>Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener información sobre la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage (beneficios suplementarios opcionales) para recibir cobertura dental preventiva extra e integral.</p> <p>Visite la página web del plan o comuníquese con el departamento de Atención al Cliente para obtener una lista de proveedores participantes.</p>	<p>Copago de \$50 para examen dental cubierto por Medicare</p> <p>El plan paga hasta el máximo de \$300 por año calendario</p> <p>Importante: Las cantidades que superan la lista de tarifas y el límite anual son responsabilidad del miembro y no se cuentan para los gastos máximos de bolsillo.</p>	<p>Copago de \$35 para examen dental cubierto por Medicare</p> <p>El plan paga hasta el máximo de \$500 por año calendario</p> <p>Importante: Las cantidades que superan la lista de tarifas y el límite anual son responsabilidad del miembro y no se cuentan para los gastos máximos de bolsillo.</p>	<p>Copago de \$25 para examen dental cubierto por Medicare</p> <p>El plan paga hasta el máximo de \$700 por año calendario</p> <p>Importante: Las cantidades que superan la lista de tarifas y el límite anual son responsabilidad del miembro y no se cuentan para los gastos máximos de bolsillo.</p>

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p>			
<p> Chequeo de depresión</p> <p>Cubrimos un examen preventivo de depresión al año. La prueba de detección se debe hacer cabo en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por la visita de chequeo de depresión anual.</p>		
<p> Chequeo de la diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluso las pruebas de glucosa en plasma en ayuno) 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). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos exámenes preventivos de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por los exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Servicios y suministros para capacitación de la autogestión de la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para supervisar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluso los accesorios que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (adicionales a las plantillas extraíbles estándar que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste del calzado. 	<p>No hay coaseguro ni copago por cada dispositivo preferido para hacer pruebas para diabéticos, cubierto por el plan.</p> <p>Los suministros para pruebas están limitados al fabricante que el plan prefiera.</p> <p>Si se presenta una justificación médica y es aprobada mediante el proceso de excepción, se pueden aprobar suministros para pruebas de otro fabricante sin ningún costo compartido.</p> <p>Las cintas para la prueba de glucosa en la sangre están limitadas a 200 cintas por cada 30 días. Se debe presentar una justificación médica y debe ser aprobada mediante el proceso de excepción para exceder este límite.</p> <p>Coaseguro del 20% por plantillas o zapatos terapéuticos</p>		

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Servicios y suministros para capacitación de la autogestión de la diabetes (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. <p>Para obtener un medidor gratis, consulte con su proveedor de medicamentos dentro de la red o llame a la línea de Atención al Cliente de Quartz Medicare Advantage para pedir ayuda e información.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por el beneficio de prevención de capacitación para el manejo de la diabetes cubierto por Medicare.</p>		
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Encuentre la definición de “Equipo médico duradero” en el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, no limitados a: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabéticos, camas de hospital que ordene un proveedor para el uso en casa, bombas de infusión de línea intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p>Debe obtener autorización previa para compras, reparaciones o alquileres de más de \$500</p> <p>Coaseguro del 20% por artículos cubiertos por Medicare</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Cubrimos todo el equipo médico duradero necesario médicamente cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no utiliza una marca o fabricante específico, puede pedirles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente también puede encontrarse en nuestro sitio web en QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage</p> <p>En general, Aurora Health Quartz Medicare Advantage cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es un nuevo miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage y utiliza una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos la cobertura de esa marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, deberá hablar con su médico para decidir cuál marca es médicamente apropiada para usted después del período de 90 días. (Si está en desacuerdo con su médico, usted le puede pedir que lo remita para una segunda opinión.)</p>			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor puede poner una apelación. También puede poner una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca es apropiada para su condición médica. (Si desea más información sobre las apelaciones, vea el Capítulo 9 <i>Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos).</i>)</p> <p>Importante: Consulte el <i>Directorio de proveedores</i> para buscar un proveedor de equipo médico duradero participante.</p>			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por servicios de emergencia necesarios dados fuera de la red es el mismo para esos servicios dados dentro de la red.</p> <p> La atención médica de emergencia tiene cobertura en todo el mundo.</p>	<p>Copago de \$90 por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare</p> <p>Si lo hospitalizan en los tres días siguientes por la misma condición, se exime el copago de la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado de paciente interno después de que se ha estabilizado su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención, o BIEN, debe recibir el cuidado de paciente interno en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Beneficio de acondicionamiento físico</p> <p>El plan da reembolsos para cuotas mensuales de membresía de cualquier centro autorizado. Los servicios de gimnasios que tengan una tarifa extra no se incluyen en este reembolso.*</p> <p>*Las cantidades que superan el límite mensual no se toman en cuenta para los gastos máximos de bolsillo.</p>	<p>Hasta \$25 de reembolso por mes por las cuotas mensuales de la membresía en un centro de acondicionamiento físico autorizado.</p>		
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las da un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p> Un examen de audición de rutina</p> <p> Dispositivos auditivos</p>	<p>Copago de \$50 por cada examen de audición cubierto por Medicare</p> <p>No hay coaseguro ni copago por los exámenes de audición de rutina, hasta un examen por año calendario</p>	<p>Copago de \$35 por cada examen de audición cubierto por Medicare</p> <p>No hay coaseguro ni copago por los exámenes de audición de rutina, hasta un examen por año calendario</p>	<p>Copago de \$25 por cada examen de audición cubierto por Medicare</p> <p>No hay coaseguro ni copago por los exámenes de audición de rutina, hasta un examen por año calendario</p>

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios auditivos (continuación)</p> <p>Importante: Visite la página web del plan o comuníquese con el departamento de Atención al Cliente para ver una lista de audiólogos participantes.</p> <p>Los dispositivos de audición seleccionados adquiridos mediante proveedores de audiología participantes tienen cobertura en uno de los tres niveles de beneficios. El nivel aplicable para cada producto depende de la tecnología y de las características únicas incorporadas a los diferentes dispositivos. El plan cubre un audífono por oído, por año.</p> <p>El precio de los audífonos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cita de evaluación previa a la prueba del audífono • Costo del audífono • Prueba del audífono (incluyendo programación, medidas de verificación) • Hasta 3 visitas de seguimiento en los primeros 12 meses después de la adquisición • Garantía de 3 años • Período de prueba de 45 días (sujeto a tarifa por devolución) 			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Servicios auditivos (continuación) El beneficio <u>no</u> incluye ni cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesorios (incluyendo baterías) • Visitas extra • Moldes auriculares • Baterías adicionales • Reclamos de garantía por pérdida o daño • Tarifas por devolución <p>Pueden estar disponibles mediante el proveedor por una tarifa extra.</p>			
<p> Prueba de VIH Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo 	<p>No hay coaseguro ni copago para miembros elegibles por los exámenes preventivos de detección de VIH cubiertos por Medicare.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Atención de una agencia de salud en el hogar Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita los servicios de salud en el hogar y ordenar los servicios de salud en el hogar proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir del mismo implica un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de medio tiempo o intermitentes (para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar combinados deben sumar un total menor que 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo e insumos médicos 	<p>Debe obtener autorización previa</p> <p>No hay coaseguro ni copago por los servicios cubiertos por Medicare</p>		

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera en el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • El servicio de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa que dé un proveedor calificado de terapia de infusión en casa 	<p>Debe obtener autorización previa</p> <p>Coaseguro del 20% por artículos cubiertos por Medicare</p>		

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos</p> <p>Debe recibir cuidado de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para obtener el beneficio de un centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan proporcionado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad toma su curso normal. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de red o un proveedor de fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en el hogar 	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Aurora Health Quartz Medicare Advantage.</p> <p>Consulte, en las secciones específicas de la Tabla de beneficios médicos, los copagos o coaseguros que pueden aplicarse.</p>		

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)</p> <p><u>Para los servicios en un centro de cuidados paliativos que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (y no nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio enviará las facturas de los servicios por los que paga Medicare Original a Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si usted necesita los servicios necesarios de no urgencia o no emergencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de nuestra red del plan:</p>			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de fuera de la red, paga el costo compartido bajo Medicare de Tarifa Por Servicio (Medicare Original) <p><u>Para servicios que están cubiertos por Aurora Health Quartz Medicare Advantage, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Aurora Health Quartz Medicare Advantage seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no tengan cobertura según la Parte A o B, estén relacionados a su pronóstico terminal o no. Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios.</p>			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>)</p> <p>Nota: Si necesita atención que no es de un centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la Hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir Hepatitis B • Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos bajo prescripción de la Parte D en una farmacia de la red.</p> <p>Para saber si una vacuna está cubierta por la Parte B o la Parte D, comuníquese con el departamento de Atención al Cliente de Quartz Medicare Advantage.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, atención de largo plazo en hospital y otro tipo de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados empieza el día en que el paciente es admitido en el hospital con una orden del médico. El día antes del que se le da de alta es su último día de paciente interno.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (tal como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas 	<p>Días 1 a 7: copago de \$295 por día para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Día 8 hasta el día de la orden de salida: Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>★ No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para una necesidad médica</p>	<p>Días 1 a 7: copago de \$265 por día para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Día 8 hasta el día de la orden de salida: Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>★ No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para una necesidad médica</p>	<p>Copago de \$325 por cada ingreso para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>No hay coaseguro ni copago por los días de hospitalización extra</p> <p>★ No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para una necesidad médica</p>

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado 			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de cuidado de la comunidad, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Aurora Health Quartz Medicare Advantage provee servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en esta ubicación lejana, haremos arreglos o pagaremos los costos de albergue y transporte apropiados para usted y un acompañante. 	<p>Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>★ Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos <p>Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web 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 gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital.</p> <p> No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para una necesidad médica</p>	<p>Días 1 a 6: copago de \$295 por día para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Día 7 hasta el día de la orden de salida: Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>	<p>Días 1 a 6: copago de \$265 por día para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Día 7 hasta el día de la orden de salida: Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicare</p>	<p>Copago de \$325 por cada ingreso para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>No hay coaseguro ni copago por los días de hospitalización extra</p>
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o Centro de enfermería especializada durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro especializado de enfermería (SNF). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos 	<p>Consulte, en las secciones específicas de la Tabla de beneficios médicos, los copagos o coaseguros que pueden aplicarse.</p>		

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o Centro de enfermería especializada durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones 			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o Centro de enfermería especializada durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional 			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p> Terapia de masajes para condiciones de dolor crónico</p> <p>Servicios cubiertos para personas con las siguientes condiciones crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico en el cuello • Dolor crónico en la parte baja de la espalda • Artrosis de la rodilla • Pacientes con cáncer que tienen dolor • Fibromialgia • Síndrome de dolor miofascial • Diabetes (tipo 2) con neuropatía periférica <p>Los pacientes deben tener una orden médica en la que se indique una de estas condiciones para la cobertura de la terapia de masajes.</p> <p>Importante: Consulte el <i>Directorio de proveedores</i> para buscar un masoterapeuta participante.</p>	<p>Copago de \$20 para cada visita</p> <p>Limitado a 6 visitas de masajes por año, con una duración de 60 minutos cada una</p>	<p>Copago de \$20 para cada visita</p> <p>Limitado a 12 visitas de masajes por año, con una duración de 60 minutos cada una</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por la visita</p> <p>Limitado a 12 visitas de masajes por año, con una duración de 60 minutos cada una</p>

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p> Entrega de comidas</p> <p>Después de su hospitalización en una clínica o en un centro especializado de enfermería (SNF)/servicios de camas de transición, usted es elegible para recibir 2 comidas por día durante 10 días sin costo adicional. Enviaremos 20 comidas nutritivas, precocinadas y refrigeradas a su casa en dos entregas.</p> <p>El programa de comidas se limita a 4 veces por año calendario. Los miembros deben solicitar las comidas en un plazo de 7 días después del alta.</p> <p>Importante: Comuníquese con el departamento de Atención al Cliente (números de teléfono de la parte de atrás del manual) para iniciar el pedido de comidas.</p>	<p><u>No</u> es un beneficio cubierto de los planes Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago para miembros elegibles por la entrega de comidas.</p>	

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Terapia médica de nutrición</p> <p> Este beneficio es para personas con condiciones como obesidad, diabetes, enfermedades renales (de los riñones) (pero no dializadas), o después de un trasplante de riñón si lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas anuales de servicios personales de terapia médica de nutrición. Si su condición, su tratamiento o su diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario.</p> <p>Usted paga el 100% por tratamientos para bajar de peso, incluyendo, entre otros, medicamentos, grupos de autoayuda, programas de ejercicios y para bajar de peso, y suplementos alimentarios.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago para miembros elegibles por servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare bajo los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención de cambio de salud conductual estructurado que proporciona capacitación práctica de un cambio en la dieta a largo plazo, aumento de actividad física, y estrategias para solucionar problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por el beneficio del MDPP.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Medicamentos bajo prescripción de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos de conformidad con la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <p>Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital, o de centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se administra usted mismo con una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante del órgano 	<p>Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden requerir tratamiento escalonado o autorización previa.</p> <p>Coaseguro del 20% por medicamentos cubiertos por la Parte B</p>		

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Medicamentos bajo prescripción de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para heparina cuando es médicamente necesario, los anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyesis (tales como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) 			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Core D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Value D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage</p> <p>Elite D</p> <p>Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Medicamentos bajo prescripción de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado o a autorización previa: QuartzBenefits.com/MAPartBPA</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos bajo prescripción de la Parte B y Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos bajo prescripción de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos bajo prescripción estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Pruebas y terapia de obesidad para promover una pérdida de peso prolongada</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de cuidado primario para obtener mayor información.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por las pruebas o el tratamiento de prevención de la obesidad.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides</p> <p>Estos servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides están cubiertos de conformidad con la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos de tratamiento agonista y antagonista de opioides aprobados por la FDA y el despacho y administración de esos medicamentos, si corresponde • Asesoramiento para el uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología 	<p>No hay coaseguro ni copago por las visitas de terapia grupal o individual cubiertas por Medicare.</p>		

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio ★ Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>Rayos X: copago de \$25 ara servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Radiología terapéutica: copago de \$60 para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Radiología de diagnóstico: copago de \$200 para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Suministros para pacientes ambulatorios: coaseguro del 20%</p> <p>Laboratorio: copago de \$15 para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Pruebas y procedimientos: copago de \$15 para servicios cubiertos por Medicare</p>	<p>Rayos X: copago de \$15 por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Radiología terapéutica: copago de \$60 para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Radiología de diagnóstico: copago de \$125 por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Suministros para pacientes ambulatorios: coaseguro del 20%</p> <p>Laboratorio: copago de \$10 por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Pruebas y procedimientos: copago de \$10 por servicios cubiertos por Medicare</p>	<p>Rayos X: copago de \$5 por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Radiología terapéutica: copago de \$60 para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Radiología de diagnóstico: copago de \$100 para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Suministros para pacientes ambulatorios: coaseguro del 20%</p> <p>Laboratorio: copago de \$5 para servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Pruebas y procedimientos: copago de \$5 para servicios cubiertos por Medicare</p>

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se dan para determinar si es necesario admitirlos como pacientes hospitalizados o se les puede dar el alta.</p> <p>Para que estén cubiertos los servicios de observación de pacientes ambulatorios en el hospital, deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas a pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio.” Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por las estancias para observación de pacientes ambulatorios en el hospital cubiertas por Medicare.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web 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 gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorio, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y laboratorio facturados 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 hospitalizado sería necesario sin ello • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital 	<p>Consulte, en las secciones específicas de la Tabla de beneficios médicos, los copagos o coaseguros que pueden aplicarse.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos tales como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo <p>Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio.” Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p>			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web 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 gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Importante: Los medicamentos autoadministrados en un entorno hospitalario, como la sala de emergencias, la unidad de observación, el centro de cirugía o la clínica para el dolor, no están cubiertos según sus beneficios médicos.</p>			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especializada, una enfermera especializada, un ayudante de médico, u otro profesional de cuidado de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.</p>	<p>Copago de \$25 por consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos de paciente ambulatorio, tales como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORFs).</p> <p>Importante: Medicare aplica un límite anual de dólares para tratamientos para pacientes ambulatorios. Si necesita más tratamiento pasados los límites de cobertura de Medicare, debe ser médicamente necesario y tener autorización previa de su proveedor.</p>	<p>Debe obtener autorización previa.</p> <p>Copago de \$40 por visita cubierta por Medicare</p>	<p>Debe obtener autorización previa.</p> <p>Copago de \$35 por visita cubierta por Medicare</p>	<p>Debe obtener autorización previa.</p> <p>Copago de \$25 por consulta cubierta por Medicare</p>

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios cubiertos Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios de consumo de sustancias dados por un psiquiatra o un médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero especializado, un ayudante de médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.	Copago de \$25 por consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.		
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluyendo los servicios prestados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio.”	Copago de \$275 por cada visita a centros quirúrgicos ambulatorios cubierta por Medicare Copago de \$275 por cada procedimiento quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare No hay coaseguro ni copago por las cirugías menores cubiertas por Medicare	Copago de \$250 por cada visita a centros quirúrgicos ambulatorios cubierta por Medicare Copago de \$250 por cada procedimiento quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare No hay coaseguro ni copago por las cirugías menores cubiertas por Medicare.	Copago de \$200 por cada visita a centros quirúrgicos ambulatorios cubierta por Medicare Copago de \$200 por cada procedimiento quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare No hay coaseguro ni copago por las cirugías menores cubiertas por Medicare.

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios cubiertos Cirugía de paciente ambulatorio, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)	Algunos ejemplos de cirugías menores son inyecciones en las articulaciones (p. ej., rodillas, caderas o codos) o biopsias de la piel (p. ej., extirpación de lunares o manchas sospechosas). Para cada artículo cubierto por Medicare: Rayos X: copago de \$25 ara servicios cubiertos por Medicare Radiología terapéutica: copago de \$60 para servicios cubiertos por Medicare Radiología de diagnóstico: copago de \$200 para servicios cubiertos por Medicare	Algunos ejemplos de cirugías menores son inyecciones en las articulaciones (p. ej., rodillas, caderas o codos) o biopsias de la piel (p. ej., extirpación de lunares o manchas sospechosas). Para cada artículo cubierto por Medicare: Rayos X: copago de \$15 por servicios cubiertos por Medicare Radiología terapéutica: copago de \$60 para servicios cubiertos por Medicare Radiología de diagnóstico: copago de \$125 por servicios cubiertos por Medicare	Algunos ejemplos de cirugías menores son inyecciones en las articulaciones (p. ej., rodillas, caderas o codos) o biopsias de la piel (p. ej., extirpación de lunares o manchas sospechosas). Para cada artículo cubierto por Medicare: Rayos X: copago de \$5 por servicios cubiertos por Medicare Radiología terapéutica: copago de \$60 para servicios cubiertos por Medicare Radiología de diagnóstico: copago de \$100 para servicios cubiertos por Medicare

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
Servicios cubiertos Cirugía de paciente ambulatorio, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)	Suministros para pacientes ambulatorios: coaseguro del 20% Laboratorio: copago de \$15 para servicios cubiertos por Medicare Pruebas y procedimientos: copago de \$15 para servicios cubiertos por Medicare	Suministros para pacientes ambulatorios: coaseguro del 20% Laboratorio: copago de \$10 por servicios cubiertos por Medicare Pruebas y procedimientos: copago de \$10 por servicios cubiertos por Medicare	Suministros para pacientes ambulatorios: coaseguro del 20% Laboratorio: Copago de \$5 por los servicios cubiertos por Medicare Pruebas y procedimientos: Copago de \$5 por los servicios cubiertos por Medicare
 Programa de medicamentos de venta libre (OTC) Los miembros son elegibles para un beneficio trimestral de \$50 para usarlo en la compra de medicamentos selectos de venta libre (OTC) para la salud y el bienestar, que estén en nuestro catálogo de distribuidores seleccionados. Este beneficio está disponible al principio de cada trimestre (enero, abril, julio y octubre). Si la compra es menor de \$50, o no se hace ninguna compra, el monto que no se use no será transferido al siguiente trimestre. Usted pagará el 100% de los costos que excedan el beneficio de \$50 por trimestre.	No hay coaseguro ni copago por el programa de OTC. *Las cantidades que pasen el límite de tarjeta trimestral no aplican a la cantidad máxima de gastos bolsillo.		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios de hospitalización parcial “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Debe obtener autorización previa. Copago de \$55 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare La cobertura no incluye tratamiento de actividad ni de mantenimiento.</p>	<p>Debe obtener autorización previa. Copago de \$35 por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare La cobertura no incluye tratamiento de actividad ni de mantenimiento.</p>	<p>Debe obtener autorización previa. No hay coaseguro ni copago por día por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare La cobertura no incluye tratamiento de actividad ni de mantenimiento.</p>

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios de un médico/proveedor de asistencia médica, incluyendo las visitas a un consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados médicos o servicios de cirugía necesarios por razones médicas, facilitados en la oficina del médico, un centro certificado de servicios quirúrgicos ambulatorios, el departamento ambulatorio de un hospital, o cualquier otra instalación. • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional de los pacientes en algunas zonas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare] 	<p>Copago de \$50 por consulta con un especialista por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coaseguro ni copago por las evaluaciones médicas en línea</p> <p>Consulte la sección “Servicios dentales” de esta tabla.</p> <p>Consulte “Visita de bienestar anual” para obtener más información.</p>	<p>Copago de \$35 por consulta con un especialista por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coaseguro ni copago por las evaluaciones médicas en línea</p> <p>Consulte la sección “Servicios dentales” de esta tabla.</p> <p>Consulte “Visita de bienestar anual” para obtener más información.</p>	<p>Copago de \$25 por consulta con un especialista por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coaseguro ni copago por las evaluaciones médicas en línea</p> <p>Consulte la sección “Servicios dentales” de esta tabla.</p> <p>Consulte “Visita de bienestar anual” para obtener más información.</p>

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Servicios de médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con ESRD para miembros con diálisis en la casa en un centro de diálisis renal con base en un hospital o de acceso crítico con base en un hospital, en un centro de diálisis renal o en su casa • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación o tratamiento de los síntomas de un derrame agudo • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Es un paciente habitual ○ La consulta no se relaciona con una consulta en la clínica en los últimos 7 días y ○ La consulta breve no da lugar a una consulta en la clínica dentro de un plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita 			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios de médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Es un paciente habitual ○ La evaluación no se relaciona con una consulta en la clínica en los últimos 7 días y ○ La evaluación no da lugar a una consulta en la clínica dentro de un plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o por medio de una evaluación de su expediente médico electrónico, si es un paciente habitual • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía 			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Servicios de médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico) <p> Servicio de administración y evaluación médica en línea prestado por un médico u otro profesional de atención médica calificado participante. No debe haber recibido servicios de administración y evaluación en los últimos 7 días.</p>			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p> Tratamiento de rutina para los pies que, en general, se considera preventivo, p. ej., corte o eliminación de durezas, verrugas, callos o uñas.</p>	<p>Copago de \$50 por consulta cubierta por Medicare; el límite es de 6 consultas por año</p> <p>Copago de \$50 por cada consulta de cuidado de los pies habitual; límite de 6 consultas por año</p>	<p>Copago de \$35 por consulta cubierta por Medicare; el límite es de 6 consultas por año</p> <p>Copago de \$35 por una consulta rutinaria para el cuidado de los pies; el límite es de 6 consultas por año</p>	<p>Copago de \$25 por consulta cubierta por Medicare; el límite es de 6 consultas por año</p> <p>Copago de \$25 por consulta de cuidado de los pies; límite de 6 consultas por año</p>
<p> Pruebas de diagnóstico del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes - una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de Antígeno Prostático Específico (APE) 	<p>No hay coaseguro ni copago por la prueba anual de APE.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de estas prótesis. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte “Cuidado de Visión” más adelante en esta sección para mayores detalles.</p>	<p>Debe tener autorización previa para compras o reparaciones y alquileres. Coaseguro del 20% por artículos cubiertos por Medicare</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) entre moderada y muy severa y una orden de rehabilitación pulmonar del médico tratante de su enfermedad respiratoria crónica.</p> <p> No hay límite para la cantidad de visitas de rehabilitación pulmonar permitidas según su necesidad médica.</p>	<p>Copago de \$20 por cada visita de tratamiento pulmonar cubierta</p>	<p>Copago de \$15 por cada visita de tratamiento pulmonar cubierta</p>	<p>Copago de \$10 por cada visita de tratamiento pulmonar cubierta</p>

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.</p> <p>Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoría en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) proporcionada por un médico de atención primaria o profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por el beneficio preventivo de detección y consejería para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.</p>		
<p> Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por las visitas de orientación y de toma de decisiones compartidas o la LDCT cubiertas por Medicare.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)</p> <p>Los miembros elegibles son: personas que tengan entre 55 y 77 años que no presenten signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco durante, al menos, 30 años y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden por escrito de una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla con los criterios de Medicare respecto de dichas visitas y la dé un médico o un profesional no médico calificado.</p>			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)</p> <p><i>En el caso de las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego del examen preventivo con LDCT inicial: el miembro debe recibir una orden por escrito de un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante una visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden proporcionar una visita de asesoramiento sobre el examen preventivo de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes preventivos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</i></p>			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Cubrimos infección de transmisión sexual (ITS) exámenes para detectar la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B.</p> <p>Nosotros cubrimos exámenes de infecciones de transmisión sexual (ITS) para detectar la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la Hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de una ITS cuando los exámenes son oreadanos por un Médico de cabecera. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoría conductual de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están provistas por un proveedor de cuidado primario y tienen lugar en un entorno de cuidado primario, como la oficina de un médico.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y orientación sobre ITS cubierto por Medicare.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según lo que se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) 	<p>No hay coaseguro ni copago por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare</p> <p>Coaseguro del 20% por diálisis renal cubierta por Medicare</p> <p>Coaseguro del 20% por servicios cubiertos por Medicare</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando es necesario, visitas por parte de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, “Medicamentos bajo prescripción de la Parte B de Medicare”.</p>			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (Para obtener una definición de “centro especializado de enfermería”, consulte en el Capítulo 12 de este folleto. Las clínicas de enfermería especializada se llaman a veces “SNFs.”) La cobertura tiene un límite de 100 días por cada período de beneficios (límite combinado para centro especializado de enfermería y camas de transición) según la necesidad médica y las necesidades de enfermería especializada.</p> <p> No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>Debe obtener autorización previa Días 1 a 20: Un copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$184 por día</p>	<p>Debe obtener autorización previa Días 1 a 20: Un copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$184 por día</p>	<p>Debe obtener autorización previa Días 1 a 20: Un copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$150 por día</p>

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación). ★ Sangre: incluso almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos solo comienza con la primera pinta de sangre que necesite • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente proporcionan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF • Servicios de un médico/profesional 			

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (continuación)</p> <p>Generalmente, recibirá su cuidado de SNF de clínicas de red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar en costos de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de enfermería o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que provea cuidado de centro especializado de enfermería). • Una SNF donde su cónyuge viva en el momento que salga usted del hospital 			

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco)</p> <p><u>Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de cesar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si utiliza tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que el tabaco podría afectar:</u> Cubrimos los servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos asesoría para dos intentos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por los beneficios de prevención para dejar de fumar y tabaquismo cubiertos por Medicare.</p>		

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que están entrenados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista de enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p> No hay límite para la cantidad de visitas de SET para PAD permitidas según la necesidad médica.</p>	<p>Copago de \$20 por cada visita de terapia de ejercicio supervisada cubierta</p>	<p>Copago de \$15 por cada visita de terapia de ejercicio supervisada cubierta</p>	<p>Copago de \$10 por cada visita de terapia de ejercicio supervisada cubierta</p>

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p>Servicios de camas de transición</p> <p>La cobertura tiene un límite de 100 días por cada período de beneficios (límite combinado para centro especializado de enfermería y camas de transición) según la necesidad médica y las necesidades de enfermería especializada.</p> <p> No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Cargos y costos de instalaciones relacionados con una estancia en una cama de transición aprobada cuando se cumplen los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su médico debe certificar su estancia como médicamente necesaria e identificar las necesidades diarias especializadas. • Usted debe estar hospitalizado y recibir el tratamiento para el que fue hospitalizado. • La intensidad y la frecuencia de los servicios requieren una intervención del personal de enfermería de 24 horas. • Se requiere supervisión médica frecuente o diaria. 	<p>Debe obtener autorización previa.</p> <p>Días 1 a 20: Un copago de \$0 por día</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$184 por día</p>	<p>Debe obtener autorización previa.</p> <p>Días 1 a 20: Un copago de \$0 por día</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$184 por día</p>	<p>Debe obtener autorización previa.</p> <p>Días 1 a 20: Un copago de \$0 por día</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$150 por día</p>

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Servicios de camas de transición (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios no excederán los siete (7) días, y el uso se aplicará al límite del período de beneficios de 100 días (centro especializado de enfermería y camas de transición). 			
<p>Servicios necesarios de urgencia</p> <p>Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden proporcionar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles.</p> <p>El costo compartido por servicios necesarios de urgencia dados fuera de la red es el mismo para esos servicios dados dentro de la red.</p> <p> La atención médica necesaria de urgencia tiene cobertura en todo el mundo</p>	<p>Copago de \$60 en un centro de atención de urgencia (en todo el mundo)</p>	<p>Copago de \$50 en un centro de atención de urgencia (en todo el mundo)</p>	<p>Copago de \$40 en un centro de atención de urgencia (en todo el mundo)</p>

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Visitas Virtuales</p> <p>Las visitas virtuales son una sesión de atención médica interactiva entre el médico y el paciente por teléfono u otro dispositivo de telecomunicaciones que no requiere que el paciente y el proveedor estén en el mismo lugar al mismo tiempo. Las visitas virtuales usan tecnología de videoconferencia en la que el proveedor y el paciente pueden verse mutuamente desde la pantalla de sus respectivos dispositivos.</p> <p>Las visitas virtuales son para condiciones similares a aquellas para las que los beneficiarios usarían cuidados de urgencia, por ejemplo (entre otras):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alergias • Tos • Fiebre. • Síntomas de gripe o resfriado • Goteo o congestión nasal • Garganta irritada <p>Importante: Usted debe usar un proveedor dentro de la red.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por las visitas virtuales.</p>		

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de tener glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad o más y americanos hispanos de 65 años de edad o más. • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. 	<p>No hay coaseguro ni copago por el primer examen de la vista de rutina de cada año calendario.</p> <p>Copago de \$50 por cada examen de la vista extra.</p> <p>No hay coaseguro ni copago por la refracción, hasta un examen por año calendario. Las refracciones subsiguientes no tienen cobertura.</p> <p>Cualquier cantidad que supere la cantidad cubierta por Medicare para monturas y lentes después de una operación de cataratas.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por el primer examen de la vista de rutina de cada año calendario.</p> <p>Copago de \$35 por cada examen de la vista extra.</p> <p>No hay coaseguro ni copago por la refracción, hasta un examen por año calendario. Las refracciones subsiguientes no tienen cobertura.</p> <p>Cualquier cantidad que supere la cantidad cubierta por Medicare para monturas y lentes después de una operación de cataratas.</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por el primer examen de la vista de rutina de cada año calendario.</p> <p>Copago de \$25 por cada examen de la vista extra.</p> <p>No hay coaseguro ni costos compartidos de copago por la refracción, hasta un examen por año calendario. Las refracciones subsiguientes no tienen cobertura.</p> <p>Cualquier cantidad que supere la cantidad cubierta por Medicare para monturas y lentes después de una operación de cataratas.</p>

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

<p>Servicios cubiertos</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>	<p>Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios</p>
<p>Cuidado de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación). <p> Examen de la vista de rutina y refracción ocular El primer examen de la vista de rutina de cada año calendario tiene 100% de cobertura. Los demás exámenes de la vista en el plazo del año están sujetos a copagos.</p> <p> Hay un límite para anteojos de rutina cada año (para lentes de contacto, monturas, lentes y mejora de anteojos con proveedores dentro de la red).*</p> <p>Importante: Las cantidades que superen el límite anual para anteojos de rutina no se cuentan para los gastos máximos de gastos de bolsillo</p>	<p>Límite de \$100 para anteojos habituales cada año (para lentes de contacto, monturas, cristales y mejora de lentes con proveedores dentro de la red)</p>	<p>Límite de \$200 para anteojos de rutina cada año (para lentes de contacto, monturas, lentes y actualización de anteojos con proveedores dentro de la red)</p>	<p>Límite de \$300 para anteojos de rutina cada año (para lentes de contacto, monturas, lentes y actualización de anteojos con proveedores dentro de la red)</p>

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

	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Core D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios	Aurora Health Quartz Medicare Advantage Elite D Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios cubiertos</p> <p> Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare.” La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígame a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare.”</p>	<p>No hay coaseguro ni copago por la consulta de prevención “Bienvenido a Medicare”.</p>		

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

Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” adicionales que usted puede comprar

Nuestro plan ofrece un beneficio extra que no está cubierto por Medicare Original ni se incluye en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios extra se llaman **“beneficios suplementarios opcionales”**. Si usted quiere estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse y pagar una prima extra. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

La cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage es un paquete de beneficios suplementarios opcionales. Esta cobertura dental no está cubierta por Medicare Original ni está incluida en su paquete de beneficios como miembro del plan. Si quiere tener este beneficio suplementario opcional, debe inscribirse y pagar una prima mensual extra de \$48.10. Delta Dental administra este beneficio suplementario, que está disponible para miembros que se hayan inscrito en planes HMO de Quartz Medicare Advantage.

¿Cómo funciona la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage?

Se prestan servicios dentales extra según la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage por hasta un máximo anual de \$1,000. La inscripción a la cláusula opcional de cobertura dental agrega los \$1,000 extra de cobertura dental a sus beneficios dentales incluidos como miembro inscrito en Quartz Medicare Advantage; consulte los límites de su plan de servicios dentales en el Capítulo 4, Sección 2.1. Los servicios incluyen cobertura de beneficios preventivos e integrales; consulte los límites y exclusiones en la sección de abajo. Para usar la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage, usted seguirá usando la tarjeta de identificación de Delta Dental emitida a su nombre.

En este plan, puede recibir atención de un dentista dentro o fuera de la red. Si usa un dentista fuera de la red, deberá pagar el costo compartido. Cualquier dentista puede prestar servicios, y estos se procesarán según la lista de tarifas de Delta Dental. Si recibe servicios de un dentista que NO participa de la red de Medicare Advantage de Delta Dental, usted será responsable de la diferencia entre el pago de Delta Dental y la cantidad facturada por el dentista no participante. Para evitar gastos de bolsillo, puede elegir un dentista de la red de Medicare Advantage de Delta Dental. Puede llamar al número de Atención al Cliente de Delta Dental que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de Delta Dental para averiguar las cantidades de la lista de tarifas y buscar dentistas participantes dentro de la red de Medicare Advantage de Delta Dental.

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

Beneficios Suplementarios Opcionales: Cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage	Lo que usted debe pagar Cuando obtiene estos servicios
<p>La cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage es un beneficio suplementario opcional para el que usted debe inscribirse y pagar una prima extra. Con este beneficio, recibirá servicios dentales preventivos e integrales.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios: Exámenes bucales, profilaxis (limpieza), tratamiento con flúor, radiografías dentales, servicios que no son de rutina, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, y otras cirugías bucales o maxilofaciales.</p> <p>El plan paga hasta el máximo de \$1,000 por año calendario. Todos los servicios cubiertos están sujetos al máximo para el año calendario y a la lista de tarifas de Delta Dental. Los servicios de un dentista en una situación de emergencia están sujetos a las normas y costos compartidos del plan.</p>	<p>Pagará una cantidad extra de prima mensual de \$48.10.</p> <p>No hay coaseguro ni copago por los servicios dentales opcionales.</p> <p>Usted paga las cantidades que superen la lista de tarifas de Delta Dental.</p> <p>Las cantidades que superan la lista de tarifas no se cuentan para los gastos máximos de bolsillo.</p>

Cómo inscribirse en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage

La cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage no es parte de su plan Medicare Advantage. Usted debe comprar esta cláusula por separado y pagar una cantidad mensual extra. Debe pagar su prima dental de la misma manera que paga su prima médica. Consulte el Capítulo 1, Sección 7.1, de esta Evidencia de cobertura (*Hay varias maneras de pagar la prima de su plan*) para obtener más información sobre sus opciones de pago. Para inscribirse, debe cumplir los criterios y cronogramas especificados abajo:

Cronogramas de inscripción:

- En el momento de la inscripción inicial en un plan HMO de Quartz Medicare Advantage (para nuevos beneficiarios elegibles)
- En el primer mes de su inscripción inicial en Quartz Medicare Advantage (la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente)
- En el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), con fecha de inicio el 1 de enero del año siguiente
- Del 1 al 31 de enero, con fecha de entrada en vigencia el 1 de febrero

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

- En el momento de la inscripción en un plan HMO de Quartz Medicare Advantage en el período especial de elección (SEP)

Si no se inscribió durante la inscripción inicial, deberá completar un formulario de elección de beneficios del plan y reenviarlo en la fecha que se especifica arriba. Para recibir el formulario de la cláusula opcional de cobertura dental extra debe llamar a la línea de Atención al Cliente al (800) 394-5566; TTY/TDD 711, (800) 877-8973.

Cómo cancelar la inscripción en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage

Puede cancelar voluntariamente su inscripción en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage en cualquier momento del año presentando un aviso por anticipado con la documentación correspondiente. Puede enviar por correo electrónico, correo o fax cualquiera de las opciones mencionadas abajo:

Opciones de documentación para cancelar la inscripción:

- Complete el formulario de baja de inscripción de Quartz en la página web QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage, O
- Presente una carta firmada en la que solicite que se cancele la inscripción. La carta debe indicar con claridad que usted quiere cancelar su inscripción en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage, e incluir su nombre en letra de molde y el número de identificación de miembro de Quartz Medicare Advantage.

Los formularios completados deben enviarse al Departamento de Inscripción de Quartz. La baja de inscripción entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la recepción de su formulario.

Cancelar la inscripción en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage no afecta a su inscripción en el plan HMO de Quartz Medicare Advantage.

Envíe los formularios completados a:

Quartz Medicare Advantage
Attention: *Enrollment*
840 Carolina Street
Sauk City, Wisconsin 53583
Número de fax: (608) 881-8396
Correo electrónico: QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage

Comuníquese con el departamento de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo cancelar la inscripción usando estas opciones.

Si cancela la inscripción en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage, no podrá volver a inscribirse en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage hasta el siguiente período de elección de beneficios

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

suplementarios opcionales. Los períodos de elección de beneficios suplementarios opcionales aparecen arriba en esta sección, en “Cómo inscribirse en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage”.

Si cancela la inscripción en el plan HMO de Quartz Medicare Advantage, se cancelará de forma automática su inscripción en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage. No se cobrarán primas extra después de que cancele su inscripción en el beneficio suplementario opcional. Si pagó meses extra, recibirá un reembolso.

Si no paga la prima mensual de la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage, pero paga suficiente para cubrir la prima mensual de su plan HMO de Quartz Medicare Advantage, perderá los beneficios suplementarios opcionales incluidos en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage, pero seguirá inscrito en el plan HMO de Quartz Medicare Advantage. Recibirá un aviso por escrito si la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage se elimina de su cobertura HMO de Quartz Medicare Advantage. La prima para la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage vence el primer día de cada mes. Esta es la misma fecha en que vence la prima de la cobertura HMO de Quartz Medicare Advantage (si corresponde) o la multa por inscripción tardía en la Parte D. Todos los pagos de las primas se aplican primero a su cobertura médica, y el resto se aplica a la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage.

Si no paga su prima del plan HMO de Quartz Medicare Advantage, puede estar en riesgo de que se cancele su inscripción. Consulte la Sección 5.1 del Capítulo 10 de esta Evidencia de cobertura para obtener más información sobre la falta de pago de las primas. Si se cancela su inscripción en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage, no puede volver a inscribirse en la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage hasta el siguiente período de inscripción anual (AEP) o hasta que califique para un período especial de elección (SEP), y será responsable de pagar todo saldo pendiente.

Estimaciones previas al tratamiento

Para obtener información sobre las estimaciones previas al tratamiento, consulte el Certificado de cobertura de Delta Dental en la página web [QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage](https://www.QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage).

Limitaciones y exclusiones:

- El pago está sujeto a los beneficios del plan (p. ej., máximo por año calendario), a las limitaciones y a las exclusiones en el momento en que se presenta el reclamo.
- Si un método de tratamiento es más costoso que los que se dan habitualmente, se pagarán los beneficios para el método de tratamiento menos costoso, y usted será responsable del saldo restante.

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

- La cobertura se limita a los servicios que figuran en la Tabla de beneficios de la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage. Si un servicio no figura allí, no está cubierto.
- Según el certificado de cobertura de Delta Dental, Delta Dental no pagará los siguientes servicios o suministros, a menos que se especifique lo contrario en el Resumen de beneficios dentales del plan o en la Lista del código de cobertura. Todos los cargos por ellos serán su responsabilidad (aunque su obligación de pago se puede cumplir mediante el aseguramiento de algún otro arreglo para el que sea elegible):
 - Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, para la corrección de anomalías congénitas o del desarrollo.
 - Cirugía estética u odontología con fines estéticos, según lo determine Delta Dental.
 - Servicios iniciados o aparatos que se hayan comenzado a usar antes de que una persona fuera elegible para este plan.
 - Medicamentos bajo prescripción (excepto antibióticos inyectables intramusculares), medicación preanestésica, medicamentos/soluciones y analgesia relativa.
 - Anestesia general y sedación intravenosa para (a) procedimientos quirúrgicos, a menos que sean médicamente necesarios, o (b) odontología de restauración.
 - Cargos por hospitalización, análisis de laboratorio y exámenes histopatológicos.
 - Cargos por no asistir a una consulta programada con el dentista.
 - Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, para los que no se pueda demostrar una necesidad odontológica válida.
 - Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, que sean de naturaleza investigativa, incluyendo los servicios o suministros necesarios para tratar complicaciones por procedimientos de investigación.
 - Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, que sean técnicas especializadas.
 - Tratamiento hecho por alguien que no sea un dentista, excepto en el caso de los servicios prestados por un higienista dental autorizado u otro profesional odontológico, como lo determine Delta Dental, según el alcance de su licencia y según lo permita la ley estatal vigente.
 - Servicios o suministros que el paciente no tiene la obligación legal de pagar o por los que no se cobraría ningún cargo en ausencia de la cobertura de Delta Dental.
 - Servicios o suministros recibidos por un acto de guerra, declarada o sin declarar.
 - Servicios o suministros cubiertos por un programa hospitalario, quirúrgico o médico (incluyendo Medicare Advantage), o de medicamentos bajo prescripción.
 - Servicios o suministros que no pertenecen a las categorías de beneficios seleccionadas por su organización de Medicare Advantage y que no están cubiertas según los términos de este certificado.

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

- Enjuagues de fluoruro, fluoruros autoaplicables o medicamentos desensibilizantes.
- Medicamento provisorio para detener la caries.
- Programas de control preventivo (incluyendo enseñanza de la higiene bucal, pruebas de susceptibilidad a caries, control de la dieta, orientación sobre el tabaco, medicamentos para la atención domiciliaria, etc.).
- Selladores.
- Espaciadores.
- Aparatos de cualquier tipo perdidos, extraviados o robados, y reemplazo o reparación de aparatos ortodóncicos o espaciadores.
- Odontología estética, incluyendo reparaciones de recubrimientos posteriores a la posición del segundo bicúspide.
- Carillas.
- Coronas prefabricadas utilizadas como restauraciones finales en dientes permanentes.
- Aparatos, procedimientos quirúrgicos y restauraciones del aumento de la dimensión vertical; para alterar, restaurar o mantener la oclusión; para reponer una pérdida de la estructura dental como resultado de abrasión, abfracción o erosión; o para soporte periodontal. Si los servicios de ortodoncia son servicios cubiertos, esta exclusión no se aplicará a los servicios de ortodoncia según lo limiten los términos y condiciones del contrato entre Delta Dental y su empleador u organización.
- Dentadura postiza fija provisorio sostenida con implantes o pilares para arco desdentado.
- Aparatos blandos de protección contra la oclusión.
Empastes para endodoncia tipo pasta en dientes permanentes.
- Reemplazo, reparación, recubrimiento o ajustes de protectores contra la oclusión.
- Raspado químico.
- Servicios relacionados con las sobredentaduras.
- Bases metálicas en prótesis extraíbles.
- Reemplazo de dientes más allá del complemento normal de los dientes.
- Personalización o caracterización de cualquier servicio o aparato.
- Coronas temporales usadas para la temporización mientras se fabrica una corona o un puente.
- Puentes posteriores junto con dentaduras postizas parciales en el mismo arco.
- Fijaciones de precisión y liberadores de tensión.
- Material biológico para ayudar en la regeneración del tejido blando y óseo cuando se entregan el mismo día de la extracción, cirugía perirradicular, injerto de tejido blando, regeneración guiada de tejido e injerto óseo periodontal o con implante.

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

- Injertos de reemplazo óseo y técnicas quirúrgicas de implante especializadas, incluyendo el índice de implante radiográfico o quirúrgico.
- Aparatos, restauraciones o servicios para el diagnóstico o el tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Servicios de ortodoncia.
- Fotografías de diagnóstico y películas cefalométricas, a menos que se hagan para ortodoncia y que la ortodoncia sea un servicio cubierto.
- Terapia miofuncional.
- Análisis de caso montado.
- Todos los impuestos aplicables a los servicios.
- Las políticas de procesamiento pueden, de otro modo, excluir el pago de Delta Dental de los servicios o suministros.

Delta Dental of Wisconsin, LLC administra la cláusula opcional de cobertura dental de Quartz Medicare Advantage.

**Su beneficio médico cubre estos servicios cuando se consideran médicamente necesarios.*

Sección 2.3 **Cómo obtener atención utilizando el beneficio opcional para visitantes/viajeros de nuestro plan**

Quartz Medicare Advantage da un beneficio para visitantes/viajeros a los miembros que viajan temporalmente fuera del área de servicio del plan. Con este beneficio para visitantes/viajeros, usted puede recibir todos los servicios cubiertos por el plan según esta Evidencia de cobertura al costo compartido dentro de la red. Este beneficio da a los miembros 3 meses de beneficios para visitantes/viajeros hasta 2 veces por año calendario. Debe activar el beneficio para utilizarlo.

Es importante que, cuando reciba atención médica o servicios que no son de rutina de proveedores que están fuera del estado mientras usa el beneficio para visitantes/viajeros, confirme que acepten la asignación de Medicare y que acepten facturarnos por los servicios.

Cuando use su beneficio para viajeros y necesite servicios dentales, deberá comunicarse con Delta Dental antes de buscar atención. Comuníquese con Delta Dental al (866) 548-0292.

Requisitos:

- **Debe** informarnos con anticipación de la fecha de inicio de cada viaje fuera del área de servicio para el que quiera activar el beneficio para visitantes/viajeros. Llame al número de Atención al Cliente que figura en el Capítulo 2 de este folleto.
- No hay beneficios disponibles para visitantes/viajeros si la cobertura no está vigente en la fecha del servicio.

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

- Si su visita o viaje cumple los criterios para este beneficio, le aprobarán 3 meses de viaje continuo.
- Si va a estar fuera del área de servicio por más de 3 meses y quiere extender su beneficio para visitantes/viajeros, debe llamar al departamento de Atención al Cliente y puede extenderlo hasta 3 meses más, **por un total de hasta 6 meses.**
- En ninguna circunstancia este beneficio para visitantes/viajeros estará disponible por más de 6 meses en total en un año calendario.
- La cobertura estará disponible cuando esté visitando o viajando en los Estados Unidos **fuera de:**
 - Iowa, Illinois, Wisconsin y Minnesota.

Tiene cobertura para servicios de urgencia y de emergencia en cualquier parte de los Estados Unidos. El costo compartido es el mismo para los servicios de urgencia y de emergencia dentro de la red y fuera de la red.

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

Sección 3.1 Servicios que <i>no</i> están cubiertos (exclusiones)
--

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare, y por lo tanto, este plan no los cubre. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no cubre el servicio.

El cuadro a continuación enumera los servicios y productos que no están cubiertos por ninguna condición o están cubiertos solo por condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro a continuación, excepto según las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si un servicio del cuadro a continuación se encuentra bajo apelación para que sea un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (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 el cuadro que aparece a continuación.

Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará.

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		✓
Ambulancia: respuesta pero no traslado.		✓ Limitaciones y directrices de cobertura establecidas por Medicare Original.
Todo tratamiento o servicio prestado por, o bajo la dirección de un proveedor de servicios de atención médica que no tenga licencia para prestar servicios, o que no esté operando dentro del alcance de esa licencia	✓	
Retroalimentación biológica, incluyendo terapia psiquiátrica con retroalimentación biológica, excepto cuando se considere médicamente necesaria y esté cubierta por Medicare Original.	✓	
Terapia de quelación	✓	
Los ensayos clínicos están sujetos a todos los términos, las condiciones, las restricciones, las exclusiones y a otra cobertura de su plan.		✓ Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para conocer la cobertura de los ensayos clínicos aprobados por Medicare.
Examen de detección de cáncer colorrectal (colonografía por tomografía computarizada [CT]).	✓	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Gestión de anticonceptivos, incluyendo todos los servicios, artículos, suministros o medicamentos. Ejemplos: Dispositivo anticonceptivo implantable y sistema de aplicación, capuchón cervical, condón, diafragma, espuma, gel, parche hormonal, DIU, píldoras, espermicida, anillo vaginal, procedimientos de esterilización programados.</p>	<p>✓</p>	
<p>Cirugías o procedimientos estéticos</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo.</p> <p>Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción para un seno después de la mastectomía, así como también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.</p>
<p>*La atención de apoyo es atención personal que se proporciona en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada.</p>	<p>✓</p>	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención dental que no es de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La atención dental que no es de rutina que se requiere para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente ambulatorio o paciente hospitalizado.</p>
<p>Medicamentos (pastillas y los que se usan para autoinyección) que cumplen la definición de medicamento de la Parte D; esto incluye los medicamentos que puede dar o administrar el personal o que se pueden autoadministrar en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios, como una sala de emergencias, una unidad de observación y un centro de cirugía o clínica del dolor si no son necesarios para la condición médica que se esté tratando. Consulte el Capítulo 5 para determinar su cobertura en estas situaciones.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Limitaciones y directrices de cobertura establecidas por Medicare Original.</p>
<p>Procedimientos o servicios de mejoras opcionales o voluntarios (que incluyen la pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental).</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierto cuando es médicamente necesario</p>

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos.</p> <p>Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios clínicos de investigación).</p>
<p>*Tarifas que cobran por la atención sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.</p>	✓	
<p>Atención de enfermera de tiempo completo en su casa.</p>	✓	
<p>Entrega de comidas en su hogar</p>		✓
<p>Los servicios de ama de llaves incluyen los cuidados básicos en el hogar, entre los cuales están la limpieza del hogar y la preparación de alimentos sencillos.</p>	✓	
<p>Las vacunas, cuando están cubiertas por la Parte D según las directrices de Medicare Original, incluyendo, entre otras, Zostavax y las vacunas contra el tétanos, la difteria y la tos ferina.</p>	✓ Zostavax, Shingrix.	✓ Vacunas contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (cuando se reciben por una lesión).
<p>Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos).</p>	✓	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si los zapatos son parte de una prótesis de pierna y se incluyen en el costo de la prótesis o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.</p>
Medicamentos bajo prescripción para el tratamiento ambulatorio de disfunción sexual, incluida la disfunción eréctil, la impotencia y la anorgasmia o la hiporgasmia.	✓	
Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro especializado de enfermería, como un teléfono, un televisor o un ventilador a batería.	✓	
Enfermera privada	✓	
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierto solo cuando es médicamente necesario.</p>
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente. Queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento de la vista y otras ayudas para la visión reducida, anteojos o lentes de contacto, lentes intraoculares para la corrección de la vista (astigmatismo o presbicia).	✓ Reparación de anteojos.	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Consulte “Atención de la vista”, en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 de arriba, para obtener información complementaria sobre los beneficios.</p>
Reposición de medicamentos por extravío, robo, daño o destrucción.		✓

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización y dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina	<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos de prevención/mantenimiento. 	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Manipulación de la columna para corregir una subluxación; análisis de laboratorio y rayos X; exámenes y tratamientos.</p>
<p>Atención de rutina de los pies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corte o eliminación de durezas y callos. • Recorte, corte o desbridamiento de uñas. <p>Otros cuidados higiénicos y de atención de mantenimiento preventivo, como limpieza y remojo de los pies, uso de cremas cutáneas para mantener el tono de la piel de los pacientes ambulatorios o postrados en cama, y cualquier otro servicio prestado en ausencia de síntomas, lesiones o enfermedades localizadas que involucren los pies.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cierta cobertura limitada que se proporciona de acuerdo con los lineamientos de Medicare, p. ej., si usted tiene diabetes.</p> <p>Consulte “Servicios de podología”, en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 de arriba, para obtener información complementaria sobre los beneficios.</p>

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Servicios de rutina o programados, cuando los presta un proveedor fuera de la red sin la aprobación previa de un director médico de Quartz Medicare Advantage. Por ejemplo: Análisis de laboratorio o atención médica previstos que no se consideran servicios necesarios de urgencia ni una emergencia médica.</p>	<p>✓</p>	
<p>Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare</p>		<p>✓ Salvo que estos servicios se mencionen en nuestro plan como servicios cubiertos.</p>
<p>Servicios provistos a veteranos de las fuerzas armadas en clínicas de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs - VA). Sin embargo, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido de VA es más que el costo compartido bajo nuestro plan, les reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros aún son responsables de nuestras cantidades de costo compartido.</p>	<p>✓</p>	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Servicios prestados en otro plan para los que las leyes federales, estatales o locales exigen que la cobertura se compre o se dé mediante otros acuerdos. Algunos ejemplos son la cobertura de indemnización por accidentes de trabajo, la cobertura para gastos médicos del seguro de automóvil independiente de culpabilidad o infrasegurado, o la cobertura exigida por una legislación similar. Si la cobertura según esta legislación es opcional para usted porque podría haberla elegido o podría haber hecho que la elijan para usted, no se pagarán los beneficios para ninguna lesión o enfermedad que hubiera estado cubierta por el otro plan si se lo hubiera elegido.</p>	<p>✓</p>	
<p>Aparatos de apoyo para los pies Dispositivos de soporte para los pies (como plantillas ortopédicas a medida y desmontables).</p>		<p>✓</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.</p>
<p>Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida</p>		<p>✓</p> <p>Limitaciones y directrices de cobertura establecidas por Medicare Original.</p>
<p>Telemedicina o servicios en línea no incluidos en el beneficio de telesalud cubierto por los CMS.</p>		<p>✓</p>

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Exámenes y servicios relacionados hechos, prestados o solicitados por un tercero para licencias, seguros, certificados de aptitud física o exámenes solicitados por un tribunal, salvo que se mencionen como un servicio cubierto. Se dará cobertura si un examen físico de terceros se reemplaza por un examen de rutina cubierto si lo hace un proveedor del plan. Por ejemplo: Examen de detección de tuberculosis (TB) hecho o solicitado por un médico de cabecera (PCP).</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se dará cobertura si un examen físico de terceros se reemplaza por un examen de rutina cubierto si lo hace un proveedor del plan.</p>
<p>Transporte que es de rutina o que no es de emergencia prestado por otros servicios o proveedores de transporte. Ejemplos: Taxi, autobús o camioneta.</p>	<p>✓</p>	
<p>Tratamiento para bajar de peso, incluyendo, entre otros, medicamentos, grupos de autoayuda, programas de ejercicios y para bajar de peso, y suplementos alimentarios.</p>	<p>✓</p>	

*La atención de apoyo es atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.

*Los familiares inmediatos incluyen cónyuge, madre, padre, abuelos, hijos, nietos, hermanos, hermanas, suegros, cuñados, nueras y yernos. Los familiares adoptados o políticos también se consideran familiares inmediatos.

El plan no cubre los servicios excluidos enumerados anteriormente. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, los servicios excluidos no se cubrirán.

CAPÍTULO 5

*Cómo usar la cobertura del plan
para sus medicamentos bajo
prescripción de la Parte D.*

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	172
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D	172
Sección 1.2	Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D	173
SECCIÓN 2	Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan	174
Sección 2.1	Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red	174
Sección 2.2	Cómo buscar farmacias de la red.....	174
Sección 2.3	Cómo usar los servicios de envío por correo del plan.....	175
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?.....	176
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?.....	177
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	178
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	178
Sección 3.2	Existen cinco “niveles de costos compartidos” para los medicamentos en la Lista de medicamentos	179
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	180
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	180
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	180
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	181
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos?	182
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?.....	182
Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto	182

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?.....	183
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?	185
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?.....	186
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	186
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?	187
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?.....	189
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	189
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica.....	190
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	190
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía con usted?	191
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	191
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o un centro especializado de enfermería para una estancia que está cubierta por el plan?	191
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)?	191
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados?.....	192
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?	193
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos.....	193
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura.....	193
Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura	194
Sección 10.3	Programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	195

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

¿Sabía usted que hay programas para ayudar a las personas para que puedan pagar sus medicamentos?

Hay programas para ayudar a las personas con escasos recursos para que puedan pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información en esta *Evidencia de la cobertura relacionada con los costos de los medicamentos bajo prescripción de la Parte D* no se aplique a usted.** Hemos incluido un documento separado llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar por sus medicamentos bajo prescripción” (que también se conoce como el “Anexo de subsidio por ingresos bajos” o el “Anexo LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Atención al Cliente y pregunte por el “Anexo LIS” (Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos). (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D
--

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D.** El siguiente capítulo le indica qué es lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*).

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, Aurora Health Quartz Medicare Advantage también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que se le dan durante las estancias cubiertas en el hospital o en un centro especializado de enfermería. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que usted recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le indica los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estancia en el centro especializado de enfermería u hospital cubierto, así como sus beneficios y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal ni con las condiciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por los beneficios del centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?*). Para obtener más información de la cobertura de centro de cuidados paliativos, consulte la sección de centro de cuidados paliativos, Capítulo 4. (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando sigas estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta médica.
- El profesional que receta deberá aceptar Medicare o bien presentar documentación a CMS que demuestre que está calificado/a para emitir recetas, o se le negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que las llame o que vaya a una consulta, debe consultarles a las personas que le escriben recetas si cumplen con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que receta envíe la documentación necesaria que se procesará.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red o mediante el servicio de medicamentos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en el plan de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos la “Lista de Medicamentos”). (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en el plan de la “Lista de Medicamentos”*.)
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o que está respaldada por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan

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

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *sólo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos bajo prescripción surtidos en las farmacias que no pertenecen a la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos bajo prescripción cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos bajo prescripción de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de proveedores*, visite nuestro sitio web (QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage) o póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita un nuevo surtido de un medicamento que ha estado tomando, puede pedirle una nueva receta médica al proveedor o puede solicitar que su receta médica se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o puede usar el *Directorio de proveedores*. También puede encontrar información en nuestra página web QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro de atención de largo plazo (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de atención de largo plazo (Long-Term Care, LTC), debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que normalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con Atención al Cliente.
- Las farmacias que sirven el Programa de Salud para los Indígenas/de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (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.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertas ubicaciones o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: este escenario sucede con poca frecuencia).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores* o llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de envío por correo del plan

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de envío por correo se indican con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro para 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus prescripciones médicas por correo, consulte la página web del plan, QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage, o comuníquese con el departamento de Atención al Cliente para recibir ayuda (los números de teléfono del departamento de Atención al Cliente están impresos en la parte de atrás de este folleto).

Generalmente, un pedido de farmacia de envío por correo le llegará en menos de 10 días. En caso de no recibir el resurtido que pidió por correo de manera oportuna, puede comunicarse con el departamento de Atención al Cliente para consultar las opciones, como un pequeño suministro de una farmacia local. Nuestro plan trabajará con usted y con la farmacia de pedido por correo, según sea necesario, para garantizar que usted tenga los medicamentos.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

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

Después de que la farmacia recibe una receta médica de un proveedor de atención médica, se comunicarán con usted para saber si desea el medicamento de manera inmediata o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, cantidad, y forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta médica y evitar cualquier retraso en el envío.

Nuevos surtidos de recetas con pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido de forma automática cuando nuestros registros demuestren que su suministro de medicamento está por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada nuevo surtido de receta para asegurarse de que necesita más medicamento. Usted podrá cancelar los nuevos surtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió. Si opta por no usar el programa de surtido automático, póngase en contacto con su farmacia 10 días antes de que crea que se le va a acabar el medicamento que tiene para asegurarse de que el siguiente pedido le llegue a tiempo.

Para cancelar la suscripción a nuestro programa que prepara resurtidos de pedidos por correo de forma automática, comuníquese con nosotros llamando a la línea de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este folleto).

Así que la farmacia puede comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de dar a la farmacia los datos para que se ponga en contacto con usted. Hay formularios en nuestra página web, QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage, que puede usar para compartir sus preferencias de comunicación con la farmacia de pedido por correo. También puede comunicarse con el departamento de Atención al Cliente para obtener ayuda.

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

Cuando obtiene un suministro de largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser más bajo. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos (también llamado “suministro extendido”) 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.) Puede ordenar este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores* le indica qué

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede ponerse en contacto con Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

2. Para ciertas clases de medicamentos, puede usar los **servicios de envío por correo** de la red del plan. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de envío por correo se indican con “NM” en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de envío por correo.

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

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación se encuentran las circunstancias en las que podríamos cubrir las recetas médicas que se surten en una farmacia fuera de la red:

- Vacunas de la Parte D administradas en una clínica u hospital que se consideren fuera de la red.
- Medicamentos de la Parte D que no se puedan obtener en una farmacia de la red de manera oportuna, como en el caso de que no haya una farmacia de la red a una distancia en auto razonable o que atienda las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Medicamentos de la Parte D que no se puedan obtener en una farmacia de la red porque solo están en farmacias especializadas o porque normalmente los envía directamente el fabricante.
- Medicamentos de la Parte D que le den mientras esté en un departamento de emergencias, en la clínica de un proveedor o en un entorno ambulatorio, y no haya una farmacia de la red.
- En cualquier declaración federal de catástrofe u otra declaración de emergencia de salud pública en la que lo evacúen o lo desplacen.
- Medicamentos de la Parte D que le den en una farmacia fuera de la red mientras esté usando el beneficio de viajeros y visitantes del plan.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

En estas situaciones, **consulte primero con Atención al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto). Usted podría llegar a pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos en la farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia que no pertenece a la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo compartido) al momento de surtir su receta médica. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitarle al plan que le reembolse).

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

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

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

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos incluyen solamente los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (la Sección 1.1 de este capítulo explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

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

- Aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado.)
- *O bien*, respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de listas de medicamentos cubiertos para hospitales americanos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de información DRUGDEX.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

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

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos bajo prescripción.

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

Sección 3.2 Existen cinco “niveles de costos compartidos” para los medicamentos en la Lista de medicamentos
--

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, entre más alto es el nivel del costo compartido, más alto será su costo del medicamento.

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos y es el nivel más bajo.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos especializados y es el nivel más alto.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

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

Tiene dos formas de averiguarlo:

1. Visite la página web del plan (QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
2. Póngase en contacto con Atención al Cliente para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o pida una copia de la lista. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos bajo prescripción, existen normas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en formas más eficaces. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que mantiene la cobertura de sus medicamentos más accesible.

En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que funcione para su estado médico y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo funcione tan bien como un medicamento de costo alto, las normas del plan están diseñadas para motivarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo más bajo. También debemos cumplir con las normas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

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 que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos sobre la base de factores como la concentración, la cantidad o la formulación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en las maneras más efectivas. Las siguientes secciones explican más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su médico escribió “No substitutions” (Sin sustituciones) en la prescripción médica de un medicamento de marca, solo cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo compartido será mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se le conoce como “**autorización previa**”. Algunas veces el requisito de obtener la aprobación por anticipado sirve para alentar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Pruebe primero un medicamento diferente

Este requisito le motiva a probar un medicamento menos costoso pero igual de efectivo antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan le solicite que primero pruebe el Medicamento A. 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, limitamos la cantidad de medicamento que puede tener al limitar cuánto medicamento puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta médica a no más de una píldora por día.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas arriba. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para ver la información más actualizada, póngase en contacto con el servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage).

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 existe una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, debe ponerse en contacto con Atención al Cliente para conocer qué necesita usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto

Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento con receta médica que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar que no está en nuestro formulario o está pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento pero la versión de marca que desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas y restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se puede requerir que pruebe otro medicamento primero para ver si funciona antes de cubrir el medicamento que usted desea. O, es posible que existan límites sobre la cantidad de medicamento (número de píldoras, etc.) cubierto durante un período determinado de tiempo. En algunos casos, es posible que desee que no se aplique la restricción para usted.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree conveniente. El plan coloca a cada medicamento cubierto en uno de cinco niveles diferentes de costo compartido. Cuánto paga por su receta médica depende en parte del nivel de costo compartido en el que está su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Sus opciones dependen de qué tipo de problema tiene:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, hay cosas que puede hacer:

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

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

- 1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:**

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

- 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 está restringido de alguna manera** (la Sección 4 en este capítulo le explica las restricciones).
- 2. Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:**
- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varios surtidos hasta un máximo de un suministro de 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red.
 - **Para los miembros que residen en un centro de atención de largo plazo (LTC) y que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 31 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varios surtidos hasta un máximo de un suministro de 31 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).
 - **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es adicional a la situación al suministro de transición temporal que se indica arriba.
 - Para aquellos miembros que tengan un cambio en el nivel de atención que han estado recibiendo, como la transición de una instalación o centro de tratamiento a otro:

Haremos todo lo posible para acelerar estas transiciones en colaboración con el gerente de beneficios para medicamentos. Habrá una lógica de procesamiento automatizado de los reclamos por anulación del resurtido demasiado pronto, medicamentos no incluidos en el formulario, requisitos de autorización previa, requisitos de terapia escalonada o revisión del uso del medicamento (DUR) no relacionada con la seguridad para facilitar una transición sin inconvenientes entre los niveles de atención.

Para pedir un suministro temporal, puede ponerse en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le explican más sobre estas opciones.

Cambiar a otro medicamento

Empiece por hablar con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que también podría funcionarle. Usted puede llamar al Servicio de Atención al Cliente y pedir una lista de medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. O, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se retirará del formulario o se restringirá de alguna manera para el año próximo, le permitiremos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el año próximo. Le indicaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el siguiente año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y les responderemos en las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo de quien emitió las recetas médicas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, empiece por hablar con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente en un nivel más bajo de costo compartido que también podría funcionarle. Usted puede llamar al Servicio de Atención al Cliente y pedir una lista de medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento de tal forma que usted pague menos. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos en nuestro *Nivel 5 (medicamentos especializados)* no son elegibles para este tipo de excepción.

No reducimos la cantidad del costo compartido para medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año
--

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría cambiar en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Quizá el gobierno haya aprobado un uso nuevo para un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de una cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?
--

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los tiempos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede ponerse en contacto con Atención al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios a la cobertura afectan de inmediato a su medicamento?

Cambios que le pueden afectar ese año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o los dos)**
 - Podríamos quitar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente pasar a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o lo dos.
 - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o la persona que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

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)*).

- Si está tomando el medicamento de marca en el momento que hagamos el cambio, le comunicaremos la información sobre los cambios específicos que hagamos. Esto también incluye la información sobre los pasos que debe seguir para pedir una excepción para la cobertura del medicamento de marca. Es posible que no reciba el aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento podría retirarse repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se retira del mercado por otras razones. Si esto sucede, retiraremos el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
 - La persona que receta también estará enterada de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otros medicamentos para su condición.
- **Otros cambios en la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha empezado que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido, o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas opciones. También podemos hacer cambios basados en las advertencias en caja de la FDA o nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y un nuevo surtido para 30 días del medicamento de marca que está tomando, en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso, debe trabajar con la persona que receta para cambiar a otro medicamento que cubramos.
 - O, usted o la persona que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar con la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Cambios a medicamentos en la en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que toman el medicamento actualmente: Para cambios a la Lista de medicamentos que no se describen arriba, si usted está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán sino hasta el 1 de enero del siguiente año si continúa en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

- Si ponemos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios afecta un medicamento que está tomando, (pero no debido a un retiro del mercado un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como parte del costo compartido hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en sus pagos ni se agregará ninguna restricción al uso del medicamento. No recibirá aviso directo este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente y es importante que revise la Lista de medicamentos del año nuevo del beneficio para ver si hay algún cambio a los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos bajo prescripción están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. No pagaremos por los medicamentos que estén enumerados en esta sección. La única excepción: Si el medicamento solicitado se encuentra bajo apelación, como un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y que deberíamos haber 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.)

Estas son tres normas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso para indicaciones no autorizadas. El “uso para indicaciones no autorizadas” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
 - Por lo general, la cobertura para “uso para indicaciones no autorizadas” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Información de medicamentos del Servicio de listas de medicamentos cubiertos para hospitales americanos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de información DRUGDEX. Si ninguna de estas referencias respalda el uso del medicamento, entonces nuestro plan no puede cubrir el “uso para indicaciones no autorizadas”.

Además, de acuerdo a la ley, las categorías de medicamentos que no están cubiertos por los planes de Medicare:

- Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos cuando se utilizan para promover la fertilidad
- Medicamentos cuando se utilizan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos cuando se utilizan para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Productos de vitaminas y minerales con receta médica, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se haga exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Si usted recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos bajo prescripción que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de Medicare en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía
--

Para surtir su receta médica, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por nuestra parte de costo compartido del costo de su medicamento con receta médica cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte de costo compartido cuando recoja su receta médica.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía con usted?

Si no lleva su tarjeta de membresía del plan cuando surte su receta médica, solicite a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo total del medicamento de receta cuando usted vaya a recibirlo.** (Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte). Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.)

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

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

Si es admitido a un hospital o a un centro especializado de enfermería para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos bajo prescripción durante su estadía. Cuando salga del hospital o centro especializado de enfermería, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando el medicamento cumpla con todas las normas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que indican sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*) le ofrece más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta: Cuando ingrese, viva o salga de un centro especializado de enfermería, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo cancelar su membresía en el plan*, le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare diferente.)

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

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos bajo prescripción a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores* para saber si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

¿Qué sucede si usted es un residente en un centro de atención de largo plazo (LTC) y se convierte en un miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un suministro para 31 días, como máximo o menos, si la receta médica está escrita para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención de largo plazo (LTC) puede dar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar desperdicio). Si ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta médica está escrita para menos días.

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que también podría funcionarle. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer.

<h3>Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados?</h3>
--

¿Tiene (usted o su cónyuge) actualmente otra cobertura de medicamento con receta médica a través de su empleador o grupo de jubilados? Si es así, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos bajo prescripción con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos bajo prescripción que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Aviso especial sobre la ‘cobertura aceptable’:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos bajo prescripción para el siguiente año calendario es “aceptable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos bajo prescripción de Medicare.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Guarde estos avisos sobre cobertura aceptable ya que los podría necesitar en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura aceptable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura aceptable de parte de su plan de grupo de jubilados o empleador, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de jubilados o empleador, o del empleador o el sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, medicamentos laxantes o medicamentos contra el dolor que no estén cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no se relacionan con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea de quien le escribe las recetas o de su proveedor de cuidados paliativos, en la que se explique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a quien le escribe las recetas que se asegure de que recibamos la notificación en la que se explica que el medicamento no está relacionado con su enfermedad antes de que usted solicite a una farmacia que surta su receta médica.

Si usted revocara su elección de centro de cuidados paliativos o si fuera dado de alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios del centro de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar su documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o su condición de alta. Consulte las partes anteriores de esta sección acerca de las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D; el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*) proporciona más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

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

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a nuestros miembros a garantizar que están obteniendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarle si los toma al mismo tiempo
- Recetas médicas escritas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades inseguras de medicamentos opioides contra el dolor

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

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Contamos con un programa que puede ayudarnos a asegurar que nuestros miembros usan de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta médica y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Su utiliza medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de su uso es apropiado y medicamento necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso que haga de opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que pueda obtener estos medicamentos. Estas limitaciones pueden ser:

- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias.
- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de ciertos médicos.
- Limitación de la cantidad de medicamentos opioides o de benzodiazepina que cubrimos

Si pensamos que una o más de estas limitaciones debería aplicar para usted, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explique las limitaciones que, en nuestra

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

opinión, deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que se le haya dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de hacer mal uso de los medicamentos con receta o con la limitación, usted o la persona que receta tiene derecho a pedirnos una apelación. Si opta por apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información de cómo pedir una apelación.

No se le puede aplicar el DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer, está recibiendo atención en un centro de cuidados paliativos o cuidados como paciente en etapa terminal, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones médicas o deben tomar muchos medicamentos al mismo tiempo, o los costos de sus medicamentos son muy elevados.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de Administración de terapia con medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tiene costos altos de medicamentos pueden obtener servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre cómo tomar mejor sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga acerca de su receta médica y los medicamentos de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito de esta revisión. El resumen tiene un plan de acción médico que recomienda lo que puede hacer para usar mejor sus medicamentos y tendrá espacio para que usted haga sus anotaciones o escriba cualquier pregunta que tenga de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es una buena idea que revisen sus medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para poder hablar con su médico acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores e atención médica. Lleve consigo, además, su

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

lista de medicamentos (por ejemplo, junto con sus documentos de identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Lo que paga por sus
medicamentos bajo prescripción
de la Parte D*

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	200
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos	200
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por los medicamentos cubiertos	201
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que está cuando obtiene el medicamento	202
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage?	202
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está	203
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de la Parte D de Beneficios” (la “Parte D EOB”)	203
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos	204
SECCIÓN 4	En la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.	205
Sección 4.1	Usted permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$150 <i>por</i> sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.....	205
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte	205
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene.....	205
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento.....	206
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	208
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos para el suministro de 90 días de un medicamento a <i>largo plazo</i>	208
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,130	209

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de período sin cobertura, recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos	210
Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los gastos de bolsillo lleguen a \$6,550	210
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo por medicamentos bajo prescripción	211
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos	213
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	213
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....	214
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí misma de la Parte D y para el costo de colocación de la vacuna	214
Sección 8.2	Le recomendamos que llame a Atención al Cliente antes de recibir una vacuna	216

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D



¿Sabía usted que hay programas para ayudar a las personas para que puedan pagar sus medicamentos?

Hay programas para ayudar a las personas con escasos recursos para que puedan pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información en esta Evidencia de la cobertura relacionada con los costos de los medicamentos bajo prescripción de la Parte D no se aplique a usted.** Hemos incluido un documento separado llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar por sus medicamentos bajo prescripción” (que también se conoce como el “Anexo de subsidio por ingresos bajos” o el “Anexo LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Atención al Cliente y pregunte por el “Anexo LIS” (Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos). (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D. Para mantener las cosas simples, utilizamos la palabra “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta médica 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 brindamos en este capítulo, debe conocer lo fundamental de cuáles medicamentos están cubiertos, donde surtir sus recetas médicas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estos materiales explican los aspectos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar, le llamamos la “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos indica cuáles medicamentos están cubiertos para usted.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

- También indica en cuál de los cinco “niveles de costo compartido” está el medicamento y si hay alguna restricción en la cobertura del medicamento para usted.
- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestra página web, en [QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage](https://www.QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 le da detalles sobre su cobertura de medicamentos bajo prescripción, incluidas las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos bajo prescripción no cubre nuestro plan.
- **El Directorio de proveedores del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El *Directorio de proveedores* tiene una lista de las farmacias en la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir una receta médica para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por los medicamentos cubiertos

Para entender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos. El monto que usted paga se llama “costo compartido” y existen tres modos en los que se le puede solicitar el pago.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- “**Coaseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que está cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage?

Como se muestra en la tabla de abajo, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos bajo prescripción según Aurora Health Quartz Medicare Advantage. Cuánto paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas está en el momento en que obtiene un surtido o nuevo surtido de una receta médica. 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 <i>Etapa del deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de período sin cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$150 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 (\$150 es la cantidad de su deducible de los Niveles 3, 4 y 5).</p> <p>(Encuentre detalles en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>En esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de los Niveles 1 y 2, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Después de que usted (u otros en su nombre) alcance su deducible de los Niveles 3, 4 y 5, el plan paga su parte de los costos de los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de medicamentos” del año a la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) suman un total de \$4,130.</p> <p>(Encuentre detalles en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa usted paga 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de suministro) y 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” (sus pagos) del año a la fecha lleguen a \$6,550. Este monto y las reglas para cómo cuentan los costos para este monto han sido establecidas por Medicare.</p> <p>(Encuentre detalles en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre del 2021).</p> <p>(Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo.)</p>

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está

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

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos bajo prescripción y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos bajo prescripción en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos de los que llevamos control:

- Llevamos control de cuánto ha pagado. Esto se denomina su gasto **“de 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 bajo prescripción mediante el plan durante el mes anterior. La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D da más información de los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que puedan estar disponibles. Debe consultar con la persona que le receta sobre estas opciones de costo más bajo. Esto incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le da los detalles del pago de las recetas que le han surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como la información del “del año a la fecha”. La información muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información mostrará aumentos con porcentajes acumulados para cada reclamo con receta.
- **Recetas de alternativas de menor costo disponibles.** Incluirá información sobre otros medicamentos con costo compartido más bajo para cada reclamo de prescripción médica que puedan estar disponibles.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

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

Para llevar control de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de que sepamos acerca de las recetas que surte y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro de plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Habrá momentos en que es posible que pague por medicamentos bajo prescripción cuando no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus gastos de bolsillo, puede darnos copias de sus recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). Aquí presentamos algunas situaciones en las que le aconsejamos que nos proporcione copias de sus recibos de medicamentos para estar seguros de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
 - Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos realizados por otras ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo y le ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos que efectúa un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para SIDA, el Programa de Salud para los Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para sus gastos de bolsillo. 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 escrito que le enviamos.** 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 cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 En la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 4.1 Usted permanece en la etapa de deducible hasta que haya pagado \$150 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5
--

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted surte la primera receta del año. Cuando está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan, que es de \$150. Usted pagará un deducible anual de \$150 para 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.

- Su “**costo total**” es inferior al precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de las drogas.
- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$150 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, deja la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de 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 su parte del costo de sus medicamentos bajo prescripción cubiertos, y usted paga su parte (su copago o monto de coaseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan están en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos y es el nivel más bajo.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos especializados y es el nivel más alto.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista dentro de la red de nuestro plan
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus medicamentos bajo prescripción, consulte el Capítulo 5 en este folleto y el *Directorio de proveedores* 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 coaseguro.

- **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- **“Coaseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Tal como se muestra en la tabla siguiente, el monto de copago o coaseguro depende del nivel al que pertenece su medicamento. Tenga en cuenta:

- Si el costo del medicamento cubierto es menor que el monto del copago que aparece en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea más bajo*.
- Cubrimos los medicamentos bajo prescripción que se surten en farmacias que no pertenecen a la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta médica que surgió en una farmacia que no pertenece a la red.

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

	Costo compartido estándar en farmacias (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido para atención de largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Costo compartido de Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago más cualquier tarifa fuera de la red
Costo compartido de Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$8.00 de copago	\$8.00 de copago	\$8.00 de copago más cualquier tarifa fuera de la red
Costo compartido de Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$47.00 de copago	\$47.00 de copago	\$47.00 de copago más cualquier tarifa fuera de la red
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos, es decir, de marca o genéricos)	Coaseguro del 30%	Coaseguro del 30%	30% de coaseguro más cualquier tarifa fuera de la red
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	Coaseguro del 30%	Coaseguro del 30%	30% de coaseguro más cualquier tarifa fuera de la red

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

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 usted paga por un medicamento con receta médica cubre el suministro de un medicamento cubierto durante un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos por menos de un mes. Puede haber ocasiones cuando desee solicitar a su médico que le recete menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez cuando se sabe que este tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

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

- Si usted es responsable del coaseguro, usted 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 del copago del medicamento, su copago será con base en el número de días que reciba del medicamento. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (el “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplica por el número de días que recibe de medicamento.
 - Le presentamos un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$30. Significa que el monto que paga por su medicamento es de \$1 por día. Si recibe suministro de medicamento para 7 días, su pago será de \$1 diario multiplicado por 7 días, que es un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funcione bien antes de pagar por el suministro de todo el mes. También puede solicitarles a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, uno o varios medicamentos para menos de un mes completo, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de surtido para diferentes recetas médicas de manera que pueda ir menos veces a la farmacia. La cantidad que usted paga dependerá del suministro de los días que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para el suministro de 90 días de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también conocido como “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro de largo plazo es un

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

suministro de 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

El siguiente cuadro muestra lo que paga cuando obtiene un suministro de largo plazo (90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta: Si los costos del medicamento cubierto son menores que el monto del copago que aparece en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento o el monto del copago, *el que sea menor*.

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

	Costo compartido estándar en farmacias (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costos compartidos de pedido por correo (hasta un suministro de 90 días)
Costo compartido de Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Costo compartido de Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$24.00 de copago	\$20.00 de copago
Costo compartido de Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$141.00 de copago	\$118.00 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos, es decir, de marca o genéricos)	Coaseguro del 30%	Coaseguro del 30%
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	No hay suministros de largo plazo para los medicamentos del Nivel 5	No hay suministros de largo plazo para los medicamentos del Nivel 5

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,130

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cifra total correspondiente a los medicamentos bajo prescripción que ha obtenido y que ha resurtido llegue al límite de **\$4,130 para la Etapa de cobertura inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que el plan de la Parte D pagó:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que empezó con su primera compra de medicamento del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Esto incluye:
 - El monto de \$150 que pagó cuando estaba en la Etapa de deducible.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

- El total que usted pagó como su participación del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **El total que pagó el plan como su participación del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.** (Si estaba inscrito en un plan de Parte D diferente en cualquier momento durante 2021, el monto que dicho plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta hacia el costo total de sus medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar control de cuánto han gastado usted y el plan, como así también cualquier tercero, en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no llegan al límite por año de \$4,130.

Le informaremos si llega a este monto de \$4,130. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los gastos de bolsillo lleguen a \$6,550

Cuando usted está en la Etapa de brecha de cobertura, el Programa de descuentos del período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo de dispensación para los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted pague como el monto del descuento del fabricante cuentan hacia sus gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y pasa hacia el período sin cobertura.

Además, recibe cobertura de medicamentos genéricos. Usted paga no más de 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75%) no se tiene en cuenta para los gastos de su bolsillo. Solamente el monto que usted pague cuenta y pasa hacia el período sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales de bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En 2021, dicho monto es de \$6,550.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como sus gastos de bolsillo. Cuando llega a un límite de los gastos de bolsillo de \$6,550, sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo por medicamentos bajo prescripción

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos control de sus gastos de bolsillo de sus medicamentos.

Estos pagos sí se incluyen en sus gastos de bolsillo

Al realizar la suma de los gastos de bolsillo, **puede incluir** los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por sus medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de deducible
 - La etapa de cobertura inicial
 - Etapa de período sin cobertura
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos bajo prescripción de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, los mismos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos también *se incluyen* si **ciertas otras personas u organizaciones** los hicieron en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica certificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos efectuados por el programa “Ayuda Adicional” de Medicare también se incluyen.
- Se incluyen algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de \$6,550 en gastos de bolsillo a lo largo del año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Estos pagos no están incluidos en los gastos de bolsillo

Cuando suma sus gastos de bolsillo, **no está permitido incluir** ninguno de estos tipos de pago por medicamentos bajo prescripción:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia que no pertenece a la red y que no cumple con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos bajo prescripción cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realiza por los medicamentos bajo prescripción que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos bajo prescripción de Medicare.
- Pagos que efectúa el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan planes de salud colectivos, incluidos planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno tales como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas médicas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

Recordatorio: si alguna otra organización como las enumeradas anteriormente paga parte de o todos sus gastos de bolsillo de medicamentos, debe informarle a nuestro plan Póngase en contacto con Atención al Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

¿Cómo puede llevar control de su total de bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (La Sección 3 en este capítulo habla sobre este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de \$6,550 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.** La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos 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 es elegible para la Etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$6,550 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará casi todos los costos de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento con cobertura será ya sea el coaseguro o un copago, lo que sea el monto *mayor*:
 - – *ya sea* – 5% de coaseguro del costo del medicamento
 - *O bien*, \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.20 por 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 cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí misma de la Parte D y para el costo de colocación de la vacuna

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consiste en dos partes:

- 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 el costo de la **administración de la vacuna**. (A esto a veces se le llama “administración” de la vacuna).

¿Qué paga usted por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para lo que se le va a vacunar).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le da la vacuna.**

Lo que paga en el momento que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- Algunas veces cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la vacuna, pagará únicamente su parte del costo.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Para mostrarle el funcionamiento del proceso, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago de la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- O nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando recibe la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y la administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto. (*Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos.*)
- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista entre la cantidad que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si obtiene “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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.

- Tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago de la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, pagará el costo total por este servicio. Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Usted recibirá un reembolso por la cantidad que el médico cobre para administrar la vacuna menos la diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si obtiene “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Atención al Cliente antes de recibir una vacuna
--

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos para ayudarle. Recomendamos que nos llame primero a Atención al Cliente cuando planea recibir una vacuna. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

- Le podemos decir cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Le podemos decir cómo mantener bajo su propio costo al utilizar los proveedores y las farmacias en nuestra red.
- Si no puede utilizar una farmacia y un proveedor de la red, podemos indicarle lo que necesita para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que le
paguemos nuestra parte de una
factura que haya recibido por
medicamentos o servicios médicos
cubiertos*

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos	219
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.....	219
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que recibió	221
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	221
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no.....	223
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos	223
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	223
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	224
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	224

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus 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

En ocasiones cuando recibe atención médica o algún medicamento con receta médica, será necesario que pague al momento el costo total. En otras ocasiones, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. En cualquier de estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama “reembolso”). Es su derecho a ser reembolsado por nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

Puede haber ocasiones cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya recibió. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Nosotros la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor.

A continuación encontrará ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que usted recibió.

1. Cuando ha recibido cuidado de emergencia o de necesidad urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir los servicios de emergencia de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor forma parte de nuestra red. Cuando recibe servicios necesarios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es responsable solamente del pago de su parte del costo, no del 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 completo en el momento en el que recibe la atención, debe pedirnos que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- A veces puede recibir una factura del proveedor para solicitarle un pago que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

2. Cuando un proveedor de red le envía una factura que usted cree que no debería 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.

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe los servicios que están cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de balance.” Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún 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.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y debe solicitarnos que le devolvamos el pago por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan.

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquier de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que enviarnos la documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Llame a Atención al Cliente para obtener información adicional sobre cómo pedirnos que le devolvamos el pago y las fechas de vencimiento para hacer su solicitud. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta médica.

Si acude a una farmacia que no pertenece a la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, puede ser que la farmacia no pueda enviarnos directamente el reclamo. Cuando eso sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta médica. (Cubrimos los medicamentos bajo prescripción surtidos en farmacias que no pertenecen a la

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

red únicamente en unas cuantas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica debido a que no tiene su tarjeta de membresía al plan

Si no tiene su tarjeta de membresía al plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta médica.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido.

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

Puede pagar el costo total de la receta médica por que se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicara 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 solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) tiene información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de los pagos que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar nuestro formulario de reclamo para miembros, para hacer su solicitud de pago.

- No necesita usar el formulario de reclamo para miembros, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de reclamo para miembros de nuestra página web (QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage) o llame al departamento de Atención al Cliente y pida el formulario. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o recibos que pueda haber a esta dirección:

ASPECTOS MÉDICOS
Quartz Medicare Advantage
Attention: *Claims Dept.*
840 Carolina Street
Sauk City, Wisconsin 53583

MEDICAMENTOS
Quartz Medicare Advantage
Attention: *Quartz Pharmacy Program*
840 Carolina Street
Sauk City, Wisconsin 53583

También puede llamar a nuestro plan para solicitar pago. Para obtener información, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Dónde enviar una solicitud de pago por nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted ha recibido*.

Para el procesamiento oportuno, recomendamos a los miembros que presenten las facturas o los recibos a nuestro plan en un plazo de 12 meses desde la fecha en que recibe el servicio, el artículo o el medicamento.

Póngase en contacto con Atención al Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué tenía que haber pagado o si recibe facturas con las que no sabe qué hacer, podemos ayudarle. También puede llamar si quiere darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le indicaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para que le cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos bajo prescripción de la Parte D cubiertos.)
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explica las razones por las que no le enviaremos el pago que solicitó y sus derechos para 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 considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener información sobre cómo hacer esta apelación, diríjase al Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si no tiene experiencia en presentar apelaciones, es importante que empiece por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso para las decisiones de coberturas y apelaciones y proporciona las definiciones de los términos como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4, puede dirigirse a la sección en el Capítulo 9 que indica qué hacer en su situación:

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un servicio médico, diríjase a la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un medicamento, consulte la Sección 6.5 en el 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 deberá informarnos sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita el pago. En cambio, usted nos indica sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

He aquí dos situaciones en las que deberá enviarnos las copias de los recibos para indicarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio menor al nuestro

En ocasiones, cuando está en la Etapa de período sin cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia dentro de la red** por un precio que es inferior a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial por el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuentos que está fuera de nuestro beneficio, la cual ofrece un precio inferior.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Si está en la Etapa de período sin cobertura, es posible que no le paguemos por ninguna parte de estos costos de medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los gastos de bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia a pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos que está 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 hacer que sus gastos de bolsillo cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte del costo de este medicamento. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los gastos de bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Ya que no está solicitando el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	228
Sección 1.1	Debemos darle información de una manera adecuada para usted (en idiomas diferentes del inglés, en letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)	228
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	228
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.....	229
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	230
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	232
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	234
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?.....	235
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	235
SECCIÓN 2	Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades	236
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	236

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos darle información de una manera adecuada para usted (en idiomas diferentes del inglés, en letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--

Para obtener información de una manera adecuada para usted, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación de idiomas gratuitos para contestar preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos brindarle información en letras grandes, o en otros formatos alternativos sin costo, si lo necesita. Se nos requiere que le demos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información de nosotros de una manera adecuada para usted, comuníquese con el departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o con Kristie Meier, responsable de Cumplimiento, al (800) 362-3310.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Kristie Meier, responsable de Cumplimiento, al (800) 362-3310. También puede presentar una queja ante Medicare llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o con este correo, o puede comunicarse con Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este manual) para obtener información adicional.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene el derecho de elegir un Médico de cabecera (PCP) que se encuentre dentro de la red del plan para dar y coordinar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más acerca de esto). Llame a Atención al Cliente para obtener información sobre los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No es necesario que obtenga las remisiones para ir a los proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un periodo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto indica lo que usted puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 indica lo que usted puede hacer).

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

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

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le proporcionan derechos relacionados con obtener información y controlar cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito llamado “Aviso de prácticas de privacidad” que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información médica a alguien que no le está dando o pagando su atención, *estamos obligados a obtener el permiso escrito de usted primero*. El permiso escrito puede entregarlo usted o cualquier persona a quien usted le haya dado autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Por ejemplo, debemos divulgar la información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información de salud incluida la información sobre sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D. Si Medicare divulga su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Puede consultar la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corriamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Como miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage, tiene derecho a recibir diversos tipos de información de nosotros. (Como se ha explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que le vaya bien a usted. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además de inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere los siguientes tipos de información, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición 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 sobre nuestros proveedores de la red incluidas nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene el derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
 - Para obtener información detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

de este folleto) o visite nuestro sitio web en QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage.

- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a sus servicios de cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este folleto además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o las restricciones, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de esta publicación).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos para usted o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Tiene derecho a obtener esta explicación aún si recibe el servicio médico o medicamento de un proveedor o farmacia que no pertenece a la red.
 - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D tiene cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión por medio de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera en que cree que debería cubrirse, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Ese capítulo le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le indica cómo realizar un reclamo sobre la calidad de la atención, tiempos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea pedir que nuestro plan pague nuestra parte de una factura que usted ha recibido por la atención médica o un medicamento con receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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 información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando busca atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

También tiene derecho a participar de lleno en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que 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 que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.
- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de atención.** Tiene derecho de recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que considera debería recibir. Para recibir esta explicación, debe solicitarnos una decisión de cobertura. Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

Cumplimos los requisitos estatales y federales en relación con las instrucciones anticipadas, y tenemos la responsabilidad de garantizar que sus deseos se respeten así:

- Garantizando que su proveedor haya documentado su instrucción anticipada en una parte importante de su expediente médico actual, sin importar si su instrucción anticipada se ha ejecutado.
- No aplicando objeciones de conciencia a ningún servicio.
- Educando a nuestro personal sobre nuestra política, procedimiento y responsabilidades sobre instrucciones anticipadas.
- Educando a la comunidad sobre las instrucciones anticipadas.

A veces las personas pierden la habilidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Llenar un formulario por escrito para dar **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para entregar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**mandato para atención médica**” son ejemplos de las instrucciones anticipadas.

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

- **Obtenga el formulario.** Si desea realizar una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucción anticipada de organizaciones que dan información acerca de Medicare. Le recomendamos que hable con su proveedor sobre las instrucciones anticipadas.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la encargada de tomar decisiones por usted si usted no lo puede hacer. Puede ser que también desee

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

proporcionar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe anticipadamente que será hospitalizado y firmó una instrucción anticipada, **llévese una copia al hospital.**

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado uno, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmarlo.

Recuerde, usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluyendo si desea firmarlo si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarle si usted firmó o no una instrucción anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó una declaración de voluntad y cree que un médico u hospital no ha seguido sus instrucciones, usted puede presentar una queja ante

Método	Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin – Información de contacto
LLAME AL	(608) 266-1865
TTY/TDD	(888) 701-1251
ESCRIBA A	Department of Health Services 1 West Wilson Street Madison, Wisconsin 53703 Correo electrónico: DHSwebmaster@wisconsin.gov

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

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Allí se proporcionan detalles sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para tratar un problema o una duda depende de la situación. Tal vez usted tenga que solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura, o presentar una queja. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo, **debemos tratarlo con justicia.**

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada 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 cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación llamada, “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación puede

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

encontrarse en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

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

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta publicación de *Evidencia de cobertura* que está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y qué es lo que usted paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos bajo prescripción de la Parte D.
- Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos bajo prescripción además de nuestro plan, debe informarnos al respecto. Póngase en contacto con Atención al Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto)).
 - Debemos seguir las normas que establecen Medicare para asegurarnos de que está utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de parte de nuestro plan. A esto se le llama “**coordinación de beneficios**” debido a que involucra la coordinación de beneficios médicos y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la “Coordinación de beneficios”, consulte el Capítulo 1, Sección 10).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidados de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos bajo prescripción de la Parte D.
- Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que le ayuden por medio de proporcionarles información, hacer preguntas y llevar control de su atención.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores médicos le proporcionen la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas médicos y proporciónese la información que necesitan sobre usted y su salud. Participe en la determinación de los objetivos de tratamiento, y siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
- Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos no recetados, vitaminas, y suplementos.
- Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - *Miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage Value D y Elite D:* Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte B para seguir siendo miembros del plan.
 - Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) o un coaseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le dice lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le indica lo que debe pagar por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D.
 - Si obtiene cualquier servicio médico o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre “Cómo presentar una apelación”.
 - Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si se requiere que usted pague el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Indíquenos si se muda.** Si se va a trasladar, es importante que nos lo diga inmediatamente. Llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - **Si usted se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan** (El Capítulo 1 le habla de nuestra área de servicio.) Podemos ayudarle a determinar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Si usted se retira de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el cual puede afiliarse a otro plan de Medicare disponible en su nueva área. Le podemos informar si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Atención al Cliente.** También son bienvenidas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan, incluyendo la política de responsabilidades y derechos de los miembros.
 - Los números de teléfono y los horarios para llamar al servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto.
 - Para mayor información acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

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

ANTECEDENTES	243
SECCIÓN 1 Introducción	243
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja.....	243
Sección 1.2 Acerca de los términos legales	243
SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros	244
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	244
SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar?	245
Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe usar el proceso para presentar quejas?	245
DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES	246
SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	246
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia.....	246
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación.....	247
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?	248
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	249
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	249
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea).....	250
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan).....	255
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2	259

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

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le pagemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?	261
SECCIÓN 6	Sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación	262
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D	263
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?.....	265
Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones	267
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción	268
Sección 6.5	Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan).....	272
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	275
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.....	277
Sección 7.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos	278
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	279
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	282
Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.....	284
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto	287
Sección 8.1	<i>Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica en la casa, atención en un centro especializado de enfermería y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)</i>	<i>287</i>
Sección 8.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura	288
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	289

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

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	291
Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.....	293
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores	296
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	296
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D	298
CÓMO PRESENTAR QUEJAS		299
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones	299
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?	299
Sección 10.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”	301
Sección 10.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja	302
Sección 10.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad	304
Sección 10.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja	304

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

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja

Este Capítulo explica dos tipos de procesos para lidiar con los problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de poner quejas**.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Para garantizar justicia y un manejo inmediato de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

¿Cuál utiliza usted? Depende del tipo de problema que tenga, La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para facilitar las cosas, este capítulo explica las normas y procedimientos legales que utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando está tratando con su problema y obtendrá la ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

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

**SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno
que no tienen conexión con nosotros**

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces puede ser confuso comenzar o dar seguimiento a través del proceso para lidiar con un problema, Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

Busque ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones también puede ser que desee ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a los asesores de todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores en este programa le pueden ayudar a comprender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una guía sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para solucionar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación encuentra dos formas para obtener información directamente de ellos:

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

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

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe usar el proceso para presentar quejas?

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La guía a continuación será de ayuda.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o preocupación,
EMPIECE AQUÍ

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos bajo prescripción en particular tienen cobertura o no, la forma en la que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o medicamentos bajo prescripción).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía básica acerca de decisiones de cobertura y apelaciones.”**

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

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

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES

**SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos sobre las
decisiones de cobertura y apelaciones**

**Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones:
una visión amplia**

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones trata con los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos bajo prescripción, incluidos los problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que usted utiliza para los asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en la que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a proporcionarle atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Estamos tomando una decisión de cobertura en su nombre cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir sobre si un servicio o medicamento están cubiertos o si Medicare ya no los cubre para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esa decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para confirmar si seguimos todas las normas apropiadamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

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

Bajo ciertas circunstancias, que mencionaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o expedita o apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si denegamos toda o una parte de su Apelación de Nivel 1, puede continuar con una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la realiza una Organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de los niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea ayuda? Estos son los recursos que pueden serle útiles si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar a Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Puede obtener ayuda gratis** del Programa de Asistencia de Seguros Médicos de su estado (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede solicitar un pedido por usted.**
 - Para atención médica o medicamentos bajo prescripción de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 por usted. Si su apelación es rechazada al Nivel 1, automáticamente se transmitirá al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, se debe nombrar a su médico como su representante.
 - Para los medicamentos bajo prescripción de la Parte D, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o de Nivel 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 pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe 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 bajo la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de “Designación

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

de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web en QuartzBenefits.com/Medicare Advantage.) El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que le represente.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le proporcionamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **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 bajo prescripción de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- La **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta muy pronto”
- La **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará muy pronto” (*Aplica únicamente a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro especializado de enfermería y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)*)

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales tales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto incluye los números de teléfono para este programa).

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

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar 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

Esta sección se trata de sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*. Para facilitar las cosas, generalmente hablamos sobre “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios médicos” cada vez. El término “atención médica” incluye artículos y servicios, además de los medicamentos bajo prescripción de la Parte B de Medicare. En algunos casos, diferentes normas se aplican a la solicitud para un medicamento con receta médica de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos bajo prescripción de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y los servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No se le está dando cierta atención médica que quiere, y cree que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
2. Nuestro plan no quiere aprobar la atención médica que su médico u otro proveedor médico le quiere dar, y usted cree que este cuidado está cubierto por el plan.
3. Recibió atención médica que considera que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica.
4. Recibió atención médica, 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 indicó que la cobertura para determinada atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente, será reducida o detenida y, considera que reducir o detener esta atención podría dañar su salud.

AVISO: Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, atención médica en el hogar, en un centro especializado de enfermería o en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), usted deberá leer una sección aparte

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

de este capítulo ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Esto es lo que debe leer en estas situaciones:

- Capítulo 9, Sección 7: *Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que el médico le va a dar de alta demasiado pronto.*
- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro especializado de enfermería y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).

Para *todas las otras* situaciones que tienen que ver con que se le haya dicho que el cuidado médico que ha recibido va a detenerse, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para averiguar si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la sección siguiente de este capítulo, Sección 5.2.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado.	Puede poner una apelación . (Esto significa que nos está solicitando que lo reconsideremos). Pase a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Pase a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura(cómo pedir que nuestro plan autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura es acerca de sus cuidados médicos, se denomina una **“determinación de la organización.”**

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

Paso 1: Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **“decisión de cobertura rápida”**.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “determinación expedita” .

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, diríjase al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente, utilizamos fechas límites estándar para darle nuestra decisión

Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud de **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento bajo prescripción de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de 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 que recibamos su solicitud.

- Sin embargo, para una solicitud **para un artículo o un servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más**, si pide más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que no debemos tomar días adicionales, podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

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

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.**
 - Sin embargo, si se trata de una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más si vemos que falta información que pueda beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para obtener información para que nosotros la examinemos. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo.) Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida únicamente si solicita cobertura de atención médica *que no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar podría *ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
 - Esta carta le dirá que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.

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

- La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión rápida sobre cobertura”

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida respecto a una solicitud de un artículo o un servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos demorarnos por más tiempo para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o si hay un periodo extendido, al final de ese periodo), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho de apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura médica que hemos accedido a dar dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud. Si prolongamos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud de un artículo o un servicio médico, autorizaremos o daremos la cobertura al final de ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos una explicación por escrito detallada de por qué hemos dicho que no.

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

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar”

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura sobre una solicitud de un producto o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de un plazo de 14 días calendario después de que recibimos su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 72 horas** de haber recibido su solicitud.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (“un período de tiempo extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos demorarnos por más tiempo para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted cree que no debemos tomar días adicionales, podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un período extendido, al final de ese período), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B, tiene el derecho de apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva a parte de o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o dar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de un plazo de 14 días calendario, o 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, después de haber recibido su solicitud. Si prolongamos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud de un artículo o un servicio médico, autorizaremos o daremos la cobertura al final de ese período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos -y posiblemente cambiemos- esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.

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

- Si decide presentar una apelación, significa que continuará hacia el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 abajo).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una “reconsideración” del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, en el Capítulo 2, Sección 1 busque la sección “*Cómo comunicarse con nosotros cuando esté presentando una apelación sobre su atención médica*”.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica*).
 - Si ha hecho que alguien que no sea su médico apele nuestra decisión, su apelación debe incluir un formulario de Designación de Representante autorizando a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de “Designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage.) Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. 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 descartar su apelación.

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

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en la notificación escrita que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique la razón de la tardanza para hacerla. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir con la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para apoyar su apelación.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación. No cobramos ninguna tarifa.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer la solicitud con una llamada)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “ determinación expedita ”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida.” Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección.)
- Si su médico nos indica que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, cuidadosamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.

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

- De ser necesario, recopilamos más información. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Cuando utilizamos las fechas tope rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud requiere que lo hagamos.
 - Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**, si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo ampliado, si nos tomamos días adicionales), debemos enviarle automáticamente su solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o a toda su solicitud**, debemos autorizar o dar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte de o todo lo que usted solicitó**, enviamos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a la solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que no ha recibido todavía. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no haya recibido todavía, le daremos nuestra respuesta en **dentro de los 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su estado médico nos lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, podemos tardar hasta 14 días calendario más **si su solicitud es para un artículo o servicio médico**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos

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

más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
- Si no le damos una respuesta para la fecha límite aplicable anterior (o cuando termine el período de tiempo ampliado si nos tomamos más días en su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos enviarle su solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o dar la cobertura que acordamos dar dentro de un plazo de 30 días calendario, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, **o dentro de un plazo de 7 días calendario**, si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan responde que no a todo o parte de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel de los procesos de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual es el Nivel 2.

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

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Si decimos que no a su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

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 contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** No le cobramos ninguna tarifa.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el Nivel 1 tuvo una “apelación rápida”, también tendrá una “apelación rápida” en el Nivel 2.

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación “rápida” a nuestro plan también tendrá una “apelación rápida” en el Nivel 2. La organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** La Organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

Si tenía una “apelación estándar” en el Nivel 1, tendrá también una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación estándar a nuestro plan también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la fecha en que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, la organización de revisión le debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

La Organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones de la misma.

- **Si la organización de revisión responde positivamente a parte o toda la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el término de 72 horas o prestar el servicio en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión sobre las solicitudes estándar o en el término de 72 horas a partir de la fecha en la que nosotros recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes expeditas.
- **Si la organización de revisión responde positivamente a parte o toda la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B**, debemos autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B que está en controversia en el término de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión sobre las **solicitudes estándar** o en el término de **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes expeditas**.
- **Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación** quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También como “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de revisión independiente “respalda la decisión”, usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cubrir un monto mínimo determinado. Si el valor

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

monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es final. El aviso por escrito que usted recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre 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 desea solicitarnos el pago para la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que tenga que solicitar el reembolso de su dinero o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía los documentos que piden reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para mayor información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos 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 usted paga)*). También verificaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

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

Responderemos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después que recibamos su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, es lo mismo que decir que sí a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si la atención médica no está cubierta, o si *no* ha seguido todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos los servicios y las razones por que en detalle. (Cuando denegamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir que no a su solicitud de decisión de cobertura.)

¿Qué pasa si solicita el pago y decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la parte 5.3 de esta sección. Consulte esta sección para ver instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 60 días calendario después de que recibamos 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 revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos bajo prescripción. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que esté cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” todo el tiempo.
- Para detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se discutió en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una “**Determinación de cobertura**”.

A continuación encontrará unos ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita que tomemos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, que incluye:
 - La solicitud de cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan (*Formulario*)
 - Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)

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

- Cómo solicitar pagar una cantidad de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos de cobertura. (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:* Si su farmacia le indica que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.
- Usted pide que paguemos por un medicamento de venta con receta que ya compró. 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.

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Nos puede solicitar una decisión de cobertura. Avance a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le devolvamos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó.	Nos puede solicitar que le devolvamos el pago. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Avance a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está solicitando que lo reconsideremos). Pase a la Sección 6.5 de este capítulo.

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

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que esté cubierto, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que emita una receta médica deberá 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 o su médico y otra persona que emite recetas médicas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar.)

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad del costo compartido que corresponde a los medicamentos del Nivel 4. No puede pedir una excepción del monto de copago o coaseguro que necesitamos que pague por el medicamento.

2. **Eliminación de una restricción en nuestra cobertura de 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

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.

- Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
 - *Que se le pida usar la versión genérica* de un medicamento en lugar de un medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan por anticipado* antes que aceptemos cubrir su medicamento por usted. (Algunas veces se le llama “autorización previa”).

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

- *Que se le solicite que intente primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Algunas veces se le llama “terapia escalonada”).
- *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que puede tomar.
- Si aceptamos hacer una excepción y anulamos una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de copago o coaseguro que le requerimos pagar por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el número del nivel del costo compartido, más bajo será el pago que haga usted como su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitarnos el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una “ excepción de nivel ”.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto podría reducir su parte del costo por el medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento con nombre de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de nombres de marca para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas ya sea de marca o genéricas para tratar su condición.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel del costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 de Medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

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

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos usualmente incluye más de un medicamento para tratar un estado médico en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no ocasiona más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos la solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos funcione para usted o tengan probabilidad de causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación usualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su estado médico.
- Si denegamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 indica cómo presentar una apelación si decimos que no.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

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

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”. No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Empiece por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que emita recetas médicas) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Para obtener los detalles, diríjase al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le devolvamos el pago de un medicamento, diríjase a la sección llamada, *A dónde enviar una solicitud que nos pide pagar nuestra parte del costo para la atención médica o un medicamento que usted recibió*.
- **Usted o su médico o alguien más que esté actuando en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento**, empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar pedir un reembolso. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ya pagó.
- **Si solicita una excepción, dé la “declaración de respaldo”**. Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas debe proporcionarnos las razones médicas para la excepción del medicamento que está solicitando. (La denominamos “declaración de apoyo”). Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas pueden indicarnos por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración escrita, de ser necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.

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

- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluso las solicitudes que se presenten en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “ determinación de cobertura expedita ”.

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de que recibimos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita un medicamento que no ha recibido aún. No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar podría *ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otra persona autorizada para emitir recetas médicas nos indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere que le demos una cobertura rápida decisión.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
 - Esta carta le dirá que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una cobertura rápida decisión.
 - O La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de

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

cobertura rápida que solicitó. Le explica cómo presentar una “queja rápida”, lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja dentro de un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión rápida sobre cobertura”

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de un período de 24 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que apoya 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 de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos dar la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo puede apelar.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta en un término **de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de un período de 72 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que apoya 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 de

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

revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte de o todo lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura** acordada en las **siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su requerido.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo puede apelar.

Los plazos para una “decisión de cobertura estándar” acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en **un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, también debemos efectuar el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelar.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa que solicita que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

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

Sección 6.5 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “reconsideración” del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas) deben comunicarse con nosotros.**
- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos por teléfono, fax o correo para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito mediante una solicitud escrita.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número telefónico que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos bajo prescripción de la Parte D*).
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluso las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- Aceptaremos solicitudes presentadas por fax, correo electrónico o su cuenta MyChart de Quartz.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en la notificación escrita que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo, podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir con la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

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

- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación. No cobramos ninguna tarifa.
 - Si quiere, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “reconsideración expedita”.

Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, detenidamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo exige.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos dar la cobertura acordada dentro de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de (7) días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no ha recibido todavía. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y su condición médica requiere que lo hagamos. Si considera que su salud lo requiere, debe pedir una apelación “rápida”.
 - Si no le damos una decisión dentro de un período de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte de o todo lo que solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura** que aceptamos tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
 - Si no le damos una decisión dentro de un período de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud**, también debemos hacerle el pago dentro de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo puede apelar nuestra decisión.

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

Paso 3: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, puede elegir aceptar esta decisión o continuar con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará hacia el Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación, puede elegir aceptar esta decisión o continuar con otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de revisión independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** No cobramos ninguna tarifa.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que tiene con nosotros.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones para tal decisión.

Fechas límite para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de revisión independiente que le dé una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente accede a una parte o a la totalidad de lo que pidió,** debemos dar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión dentro de un período **de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 7 días** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la revisión organización.
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización deniega su apelación, eso significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También como “rechazar su apelación”).

Si la Organización de revisión independiente “respalda la decisión”, usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cubrir un monto mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que usted recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para 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.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

Durante su estancia cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día que salga del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

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

- El día en que se va del hospital se llama su “**fecha de alta**”.
- Su médico o el personal del hospital le harán saber la fecha de alta cuando la misma se haya decidido.
- Si considera que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una hospitalización más larga y evaluaremos su solicitud. En esta sección se explica cómo hacerlo.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos

Durante su estancia cubierta en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *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. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe entregárselo en los 2 días después de su admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo entiende.** Ahí se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién va a pagar por ella.
 - Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha de alta de manera que cubramos la atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**

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

- Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información acerca de sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Guarde su copia** del aviso para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
- Si usted firma el aviso más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que su alta sea programada.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). 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. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*) le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes de irse del hospital y **no después de la medianoche del día en que le den el alta**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha establecida para que salga del hospital).
 - Si llega esta fecha límite, se le permite permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera a recibir la decisión de su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
 - Si *no* llega a esta fecha límite y decide quedarse en el hospital después de la fecha programada para darlo de alta, *puede que tenga pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha programada para darlo de alta.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere apelar, entonces debe hacerlo directamente a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra manera para hacer su apelación consulte la Sección 7.4.

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

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe pedir a la Organización para la mejora de la calidad una **“revisión rápida”** de la fecha de su salida. 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”** se llama también una **“revisión inmediata”** o una **“revisión acelerada”**.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (les llamamos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente a la notificación a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación escrita se llama **“Aviso Detallado de Alta”**. Puede obtener una copia de este aviso al llamar a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

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

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí* a su apelación, **debemos seguir dándole servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. Capítulo 4 de este folleto.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora rechaza su apelación, está diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darle de alta, entonces puede poner 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 su fecha de alta del hospital
--

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha denegado su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darle el alta, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estadía después de su fecha planificada para el alta.

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

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de un periodo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

Paso 2: La Organización para la mejora de calidad realiza una segunda revisión de su situación

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los examinadores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para la atención hospitalaria como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es no:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su

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

Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre 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 lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación respecto a su alta del hospital. (“Rápido” significa antes de salir del hospital y antes de la fecha de alta planificada). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “**apelación expedita**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada”.

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión acelerada”**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

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

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión acerca de cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.
- En esta situación, usaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si la respuesta a su apelación rápida es positiva**, significa que estamos de acuerdo con que necesita permanecer en el hospital más tiempo después de la fecha de alta y le seguiremos brindando los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación rápida**, estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
 - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha en que se había programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso automáticamente será enviado al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente”**. Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamo es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con nosotros respecto a que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.

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

- El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar a una Apelación de Nivel 3, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). 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 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto

Sección 8.1 <i>Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica en la casa, atención en un centro especializado de enfermería y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
--

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de atención médica en la casa** que esté recibiendo.
- **Cuidado de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en una clínica de enfermería especializada. (Para obtener más información sobre los requisitos para poder considerar a un centro como “centro especializado de enfermería”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Cuidado de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobada por Medicare. Esto usualmente significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o 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 obtiene alguno de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios

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

cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de ese cuidado, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Usted recibirá un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.
 - El aviso escrito le indica la fecha en que dejaremos 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

Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede solicitar una “**apelación acelerada**”. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejaremos de cubrir su atención. (La Sección 7.3 a continuación le explica cómo puede solicitar una apelación acelerada).

El aviso escrito se llama el “**Aviso de No Estar Cubierto por Medicare**”.

2. **Le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
 - Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan respecto a que es momento de dejar de recibir la atención.

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

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se le dice cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, póngase en contacto con Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). 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 de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

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

¿Qué debe pedirles?

- Solicítele a esta organización una “apelación rápida” (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia que consta en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere presentar una apelación, entonces debe hacerlo directamente a nosotros. Para obtener detalles acerca de esta otra manera para hacer su apelación consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (les llamamos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos informen respecto a su apelación usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para dar por terminada nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso de explicación se llama la “Explicación Detallada de No Cubrir.”

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es positiva?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**

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

- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es negativa?

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo el cuidado de salud en el hogar, o el cuidado de un centro especializado de enfermería, o los servicios de Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de este cuidado usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que presenta es en el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores dicen que *no* a su Apelación de Nivel 1 - *y* usted decide seguir recibiendo cuidado después de que termine su cobertura del cuidado - entonces puede poner otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<h3>Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo</h3>

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación *y* usted decide seguir recibiendo cuidado después de que haya terminado su cobertura del cuidado, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar todos los costos de su atención médica en el hogar o en un centro especializado de enfermería o los servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

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

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días siguientes** al día en que la Organización para la mejora de calidad dijo que no a su Apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

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 analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión accede a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para el cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es negativa?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es “no”, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

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

- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre 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 lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un período de 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 utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Estos son los pasos para una Apelación de Nivel 1 alterna:

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “**apelación expedita**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada”.

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión acelerada”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: Nosotros realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para dar por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

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

- Utilizaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si decimos que sí a su apelación rápida**, quiere decir que estamos de acuerdo con usted con que necesita servicios durante más tiempo, y seguiremos dando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación rápida**, entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, en un centro especializado de enfermería o servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha cuando su cobertura terminó, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si respondemos “no” a su apelación acelerada, su caso será automáticamente elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente.”** Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su “apelación rápida.” Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”.

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

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamo es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice sí a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha cuando indicamos que terminaba su cobertura. Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice no a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
 - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará información para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si la respuesta de los revisores a su apelación de Nivel 2 es negativa, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

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

- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado un juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con la documentación necesaria. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.

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

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador 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 afirmativa o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted, si el valor del artículo o servicio médico coincide con el valor necesario en dólares.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5: Un juez en el Tribunal del distrito federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple un cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. 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.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado un juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría, o no, haber terminado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador 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 afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o dar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.

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

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría, o no, haber terminado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5: Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones

-  Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con sus beneficios, su cobertura, o sus pagos, entonces esta sección *no es para usted*. En cambio, debe utilizar el proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Consulte 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 utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos se utiliza *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que reciba. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

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

Si usted tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar un reclamo”

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o su información compartida que siente debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con la forma en la que Atención al Cliente lo ha tratado? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Atención al Cliente u otro personal en el plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, cuando le dan una receta médica o en la sala de examinación
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Piensa que es difícil entender la información escrita que le hemos dado?

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

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionadas con nuestra puntualidad en cuanto a nuestras decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, se utiliza ese proceso, no el proceso de reclamos.</p> <p>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si usted nos solicitó que le proporcionemos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le dijimos que no, puede presentar un reclamo.• Si considera que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, usted puede presentar un reclamo.• Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada por nuestro plan, y se nos informa que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si considera que no cumplimos con estas fechas límite, puede presentar un reclamo.• Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro de las fechas límite requeridas, usted puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

Términos legales

- Lo que esta sección llama una “**queja**” también se llama una “**queja formal**”.
- Otra manera de decir “**poner una queja**” es “**tramitar un agravio**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso de quejas**” es “**utilizar el proceso para presentar una queja formal**”.

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

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato - ya sea por teléfono o en escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Atención al Cliente.** Si hay algo más que necesita hacer, Atención al Cliente se lo hará saber. Si tiene preguntas o necesita ayuda con el idioma, llame a la línea de Atención al Cliente al (800) 394-5566. Las personas con una discapacidad auditiva o del habla, deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección. Le ofrecemos servicios de interpretación gratis. Un representante del Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de octubre al 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Procedimientos para presentar una queja estándar (reclamo)**
Usted tiene derecho a presentar una queja verbal o escrita en un plazo de hasta 60 días después del evento. Puede comunicarse con el departamento de Atención al Cliente, a los números indicados arriba o en la contraportada de este folleto, para presentar un reclamo verbal, o enviar un reclamo por escrito a:

Envíe las quejas médicas por correo a:

Quartz Medicare Advantage
Attention: Appeals Specialist
840 Carolina Street
Sauk City, Wisconsin 53583

Envíe las quejas sobre medicamentos por correo a:

Quartz Medicare Advantage
Attention: Quartz Pharmacy Program
840 Carolina Street
Sauk City, Wisconsin 53583

Debemos tratar su reclamo tan rápido como lo requiera su caso según su estado de salud, y no más de 30 días después de recibir su reclamo. Su reclamo se revisará e investigará en el nivel de toma de decisiones correspondiente de nuestro plan.

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

- **Procedimientos para presentar una queja (reclamo) “rápida” o acelerada**
En algunos casos, tiene derecho a pedir un reclamo “rápido”, lo que significa que responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas. Únicamente consideraremos los reclamos que involucren los siguientes criterios para una revisión acelerada:
 - Nuestra denegación a aceptar una solicitud de una determinación o redeterminación rápida de la cobertura; o cuando extendemos el plazo para hacer una determinación o redeterminación rápida de la cobertura.

Puede presentar un reclamo “rápido” o acelerado de forma verbal o escrita usando la misma información que para un reclamo estándar, que se indica arriba. La solicitud debe incluir toda información relevante que respalde la solicitud. Su queja se revisará e investigará en el nivel de toma de decisiones correspondiente de nuestro plan.

- **Ya sea que llame o escriba, debe ponerse en contacto con Atención al Cliente de inmediato.** La queja debe ponerse dentro de los 60 días de calendario siguientes a tener el problema del que quiere quejarse.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una “respuesta rápida de cobertura” o “apelación rápida,” automáticamente le daremos una “queja rápida.”** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta **dentro de 24 horas**.

Términos legales
Lo que esta sección llama “queja rápida” también se llama una “queja acelerada”.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Es posible que le respondamos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su estado médico nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **Respondemos la mayoría de las quejas dentro de un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte de o todo su reclamo o no asumimos la responsabilidad por el problema del cual se presenta el reclamo, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones de esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

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

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso descrito arriba.

Cuando su queja es de la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede poner su queja acerca de la calidad del cuidado que ha recibido directamente con esta organización (*sin* poner la queja con nosotros).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.
 - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O, puede presentar su reclamo a ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su reclamo sobre la calidad de la atención y presentarlo también a 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 Aurora Health Quartz Medicare Advantage directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

*Cómo cancelar su membresía en
el plan*

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	307
Sección 1.1	Este capítulo se concentra en la terminación de su membresía en nuestro plan	307
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?	307
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual	307
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage	308
Sección 2.3	En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial	309
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?.....	310
SECCIÓN 3	¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?	311
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan.....	311
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan.....	313
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	313
SECCIÓN 5	Aurora Health Quartz Medicare Advantage debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones	313
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?.....	313
Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud	314
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	315

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se concentra en la terminación de su membresía en nuestro plan

Usted puede dejar de ser miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage de manera **voluntaria** (por decisión propia) o de manera **involuntaria** (no por su propia decisión).

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *desea* dejarlo.
 - Hay solo ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, cuando puede terminar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le dice *cuándo* puede terminar su membresía en el plan.
 - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que elige. La sección 3 le indica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También hay unas cuantas situaciones en las que usted no elige retirarse, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?

Únicamente puede cancelar su membresía en el plan durante ciertos tiempos en el año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de retirarse del 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 cambiar de plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--

Usted puede terminar su membresía durante el **Periodo de inscripción anual** (también conocido como el “Periodo anual de inscripción abierta”). Este es el momento del año en que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar la decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto ocurre desde el 15 de octubre a diciembre 7.
 - **¿A qué tipo de plan puedo cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos bajo prescripción o uno que no cubra los medicamentos bajo prescripción).
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos bajo prescripción de Medicare.
 - *O bien*, Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.
 - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos bajo prescripción:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.
- Nota:** Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos bajo prescripción de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable por 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos bajo prescripción estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience en enero 1.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--

Tiene oportunidad de hacerle *un* solo cambio a su cobertura de salud durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo puede hacer lo siguiente:

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos bajo prescripción o uno que no cubra los medicamentos bajo prescripción).
- Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía termina el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos bajo prescripción, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos bajo prescripción reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--

En algunas situaciones, los miembros de Aurora Health Quartz Medicare Advantage pueden ser elegibles para dejar de ser miembros en otros momentos del año. Esto se llama un **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién tiene derecho al Período de inscripción especial?** Si alguna de las situaciones siguientes le aplica a usted, puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo algunos ejemplos, para conocer la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Generalmente, cuando se ha trasladado.
 - Si usted tiene Medicaid.
 - Si tiene derecho a recibir “Ayuda Adicional” para el pago de sus recetas de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe cuidado en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).
 - Si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).
- **¿Cuándo terminan los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué se puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

derecho a cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos bajo prescripción. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos bajo prescripción o uno que no cubra los medicamentos bajo prescripción).
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos bajo prescripción de Medicare.
- *O bien*, Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.
 - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos bajo prescripción:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos bajo prescripción de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable, por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos bajo prescripción estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Atención al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2021*.
 - Todos los que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a apuntarse por primera vez.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede encargar una copia impresa llamando a Medicare al número indicado a continuación.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan
--

Generalmente, para terminar su membresía en nuestro plan, todo lo que tiene que hacer es inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información acerca de los periodos de inscripción). Sin embargo, si quiere cambiarse de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare, debe pedir que se le cancele la inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras en que puede pedir que se le cancele la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Póngase en contacto con Atención al Cliente para conocer más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- *O bien*, puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos bajo prescripción de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable, por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos bajo prescripción estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Cancelaremos automáticamente su inscripción a Aurora Health Quartz Medicare Advantage cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos bajo prescripción de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos bajo prescripción de Medicare. Cancelaremos automáticamente su inscripción a Aurora Health Quartz Medicare Advantage cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos bajo prescripción de Medicare<ul style="list-style-type: none">Nota: Si cancela su inscripción del plan de medicamentos bajo prescripción de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Póngase en contacto con Atención al Cliente para conocer más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).También puede ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Cancelaremos su inscripción a Aurora Health Quartz Medicare Advantage cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Aurora Health Quartz Medicare Advantage, puede pasar un tiempo antes de que finalice su membresía y de que su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos bajo prescripción a través de nuestro plan.

- **Usted debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para obtener sus recetas hasta que su membresía en nuestro plan termine.** Por lo general, se cubrirán sus medicamentos bajo prescripción únicamente si presenta sus recetas en una farmacia de la red incluyendo los servicios de farmacia por correo.
- **Si se le hospitaliza el día en que finaliza su membresía, su hospitalización por lo general la cubrirá nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después que inicie su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Aurora Health Quartz Medicare Advantage debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Aurora Health Quartz Medicare Advantage debe cancelar su membresía en el plan si sucede algo de lo siguiente:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 12 meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se mudará o a donde viajará está dentro de nuestra área de servicio del plan. (Los números de teléfono para Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- Vea el Capítulo 4, Sección 2.3 para más información de cómo obtener atención cuando está fuera de nuestra área de servicio mediante nuestro beneficio de visitante/viajero.
- Si se le encarcela (va a prisión)
- Si no es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que proporcionar cobertura de medicamentos bajo prescripción.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que es perjudicial y eso hace que nos sea difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si no paga las primas del plan por dos meses calendario.
 - Debemos avisarle por escrito que tiene dos meses calendario para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si tiene que pagar la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos por receta.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede ponerse en contacto con **Atención al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud

Aurora Health Quartz Medicare Advantage no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

¿Qué debe hacer si esto sucede?

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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además debemos explicarle como puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede buscar en el Capítulo 9, Sección 10 información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	318
SECCIÓN 2	Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación	318
SECCIÓN 3	Aviso acerca de los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare	318
SECCIÓN 4	Aviso de coordinación de beneficios	319
SECCIÓN 5	Aviso de subrogación y recuperación de terceros	321

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicar debido a que la ley lo requiere. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación

Nuestro plan debe acatar las leyes que le protegen de la discriminación y el trato injusto. No discriminamos por cuestiones de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, incapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales en contra de la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación de Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, por favor llame al Departamento de Servicios Humanos y de Salud de la **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llámenos al Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, tal como un problema con el acceso en silla de ruedas, Atención al Cliente le puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso acerca de los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el principal pagador. De acuerdo con las regulaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Aurora Health Quartz Medicare Advantage, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo las regulaciones de CMS en las subpartes de la B a la D de la parte 411 de 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 4 Aviso de coordinación de beneficios

Usted tiene la obligación de avisar a nuestro plan si tiene otro seguro médico y de informarnos de cualquier cambio en su otra cobertura de seguro. Comuníquese con el departamento de Atención al Cliente para informarnos de qué tipo es el otro seguro que tiene. Los tipos de los otros seguros que podría tener son los siguientes:

- La cobertura que usted tiene de un seguro médico colectivo del empleador para *empleados o jubilados*, ya sea por usted o por su cónyuge. Por lo general, si tiene más de 65 años y está cubierto por un plan de salud colectivo debido a su empleo actual o el empleo actual de un cónyuge de cualquier edad, nuestro plan es el pagador secundario si el empleador tiene 20 empleados o más. Esto significa que el plan colectivo paga primero sus facturas médicas y de hospital. La compañía de seguros que paga la parte de sus facturas *primero* se llama “pagador primario”. Después, cada una de las otras compañías que participan —denominadas “pagadores secundarios”— paga su parte de lo que resta de sus facturas.

Si el plan de salud colectivo no pagó toda su factura, el médico o el otro proveedor debe enviar la factura a nuestro plan para el pago secundario. Nuestro plan revisará lo que pagó su plan de salud colectivo por los servicios cubiertos de atención médica y pagará las cantidades extra aprobadas, a excepción de las cantidades de copagos o coaseguro de las que usted sea responsable en nuestro plan. Usted deberá pagar el costo de los servicios que nuestro plan o el plan de salud colectivo no cubran.

Indemnización por accidentes de trabajo y programas similares

Si ha tenido una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y tiene disponibles beneficios de indemnización por accidentes de trabajo, el seguro de indemnización por accidentes de trabajo debe prestar sus beneficios primero para los costos de atención médica vinculados con su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo antes de que nosotros demos beneficios según esta Evidencia de cobertura para los servicios prestados en relación con su lesión o enfermedad asociada con el trabajo. Si el plan paga los beneficios, y usted recibe la indemnización por accidentes de trabajo por el mismo incidente, el plan tiene derecho a recuperar todos los beneficios que pagó.

Accidentes y lesiones

Las reglas de pagador secundario de Medicare se aplican si usted tuvo un accidente o una lesión. Si tiene disponibles beneficios de cobertura de “Med Pay”, seguro independiente de culpabilidad, de automóvil, por accidente o de responsabilidad civil, la compañía de seguro de “Med Pay”, seguro independiente de culpabilidad, de automóvil, por accidente o de responsabilidad civil debe prestar sus beneficios primero para todo costo de atención médica vinculado con el accidente o la lesión antes de que nosotros demos beneficios para los servicios relacionados con su accidente o lesión. Los reclamos al seguro de responsabilidad civil a menudo no se resuelven

Capítulo 11. Avisos legales

de inmediato. Podemos hacer pagos condicionales mientras el reclamo de responsabilidad civil esté pendiente. También podemos recibir un reclamo y no saber que hay pendiente un reclamo de responsabilidad civil o de otro tipo. En estas situaciones, nuestros pagos son condicionales. Nos debe reembolsar los pagos condicionales cuando reciba el pago del seguro o de responsabilidad civil. Si recupera los gastos médicos de un tercero, nosotros tenemos derecho a recuperar los pagos que hayamos hecho independientemente de cualquier estipulación de arreglo o acuerdo. Las estipulaciones de que el arreglo no debe incluir daños por gastos médicos no se tomarán en cuenta. Reconoceremos las asignaciones de pagos de responsabilidad civil a pérdidas no médicas solo cuando el pago se base en una orden judicial según los méritos de la causa. Este plan no procurará recuperar ninguna parte de una concesión designada adecuadamente por el tribunal como pago por pérdidas que no sean servicios médicos (p. ej., pérdidas materiales).

No duplicación de beneficios

No duplicaremos ningún beneficio o pago que usted reciba de ninguna cobertura de automóvil, por accidente, de responsabilidad civil ni de otro tipo. Usted acepta avisarnos cuando tenga disponible dicha cobertura, y es su responsabilidad tomar las medidas necesarias para recibir los beneficios o los pagos de esa cobertura de automóvil, por accidente, de responsabilidad civil o de otro tipo. Podemos solicitar el reembolso del valor razonable de los beneficios que hayamos prestado en caso de que hayamos duplicado los beneficios a los que usted tiene derecho con dicha cobertura. Usted tiene la obligación de colaborar con nosotros en la obtención del pago de cualquier cobertura de automóvil, por accidente, de responsabilidad civil o de otra compañía. Si le damos beneficios antes que cualquier otro tipo de cobertura médica que pueda tener, podemos solicitar recuperar esos beneficios de acuerdo con las reglas de pagador secundario de Medicare. Consulte también la sección sobre subrogación y recuperación de terceros para obtener más información sobre nuestros derechos de recuperación.

Más información

Este es solo un breve resumen. Que paguemos en primero o segundo lugar los servicios elegibles depende de qué tipo de seguro extra tenga usted y de las reglas de Medicare que se apliquen a su situación. Para obtener más información, consulte el folleto publicado por el gobierno denominado “Medicare y otros beneficios médicos: la guía para saber QUIÉN PAGA PRIMERO”. Es la publicación de los CMS No. 02179. Hay más información en las reglas de pagador secundario de Medicare, que están publicadas en el Código de Reglamentos Federales.

Derechos de apelación

Si no está de acuerdo con alguna decisión o medida de nuestro plan en relación con la coordinación de los beneficios y las reglas de pago descritas arriba, debe seguir los procedimientos que se explican en el Capítulo 9 de esta Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 5 Aviso de subrogación y recuperación de terceros

Subrogación

Si hacemos algún pago a usted o en su nombre por servicios cubiertos, tenemos derecho a una subrogación total de todos y cada uno de los derechos que usted tiene en relación con cualquier persona, entidad o asegurador que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos o los beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o condición. Tenemos derecho a ejercer los mismos derechos de subrogación y recuperación que se atribuyen al programa de Medicare según las reglas de pagador secundario de Medicare.

Una vez que hayamos hecho un pago de servicios cubiertos, tendremos un gravamen de las ganancias de cualquier juicio, arreglo u otra concesión o recuperación que usted reciba, incluyendo, entre otros, los siguientes:

1. Toda concesión, arreglo, beneficio u otra cantidad que se pague según cualquier concesión o ley de indemnización por accidentes de trabajo.
2. Todos los pagos hechos directamente por una entidad externa o en nombre de esta.
3. Todo pago, arreglo, liquidación estructurada o concesión de arbitraje, u otros beneficios o cantidades que se paguen según una póliza de cobertura de motorista no asegurado o infrasegurado.
4. Cualquier otro pago designado, destinado o que de otro modo se pretenda dar a usted como compensación o restitución por la lesión, enfermedad o condición que haya tenido como resultado de la negligencia o la responsabilidad de un tercero.

Usted acepta colaborar con nosotros y con cualquiera de nuestros representantes, y tomar las medidas necesarias para conseguir nuestro gravamen, incluyendo, entre otras:

1. Responder a solicitudes de información sobre cualquier accidente o lesión.
2. Responder a nuestras solicitudes de información y dar cualquier información relevante que solicitemos.
3. Participar en todas las etapas de cualquier acción judicial que iniciemos para proteger nuestros derechos, incluyendo, por ejemplo, participar en la exhibición de pruebas, asistir a declaraciones, y comparecer y declarar en el juicio.

Además, usted acepta no hacer nada que perjudique nuestros derechos, incluyendo, por ejemplo, asignar cualquier derecho o causa de acción que usted pueda tener a cualquier persona o entidad, en relación con su lesión, enfermedad o condición sin nuestro previo consentimiento expreso por escrito. Si usted no cumple los requisitos explicados arriba, se considerará un incumplimiento de sus obligaciones, y nosotros podemos iniciar una acción judicial en contra de usted para proteger nuestros derechos.

Capítulo 11. Avisos legales

Reembolso

El plan tendrá derecho a recibir el pago de los gastos que paguemos y que sean responsabilidad de cualquier persona, organización o asegurador. Nuestro derecho de reembolso es independiente y distinto de nuestro derecho de subrogación, y está limitado solo por la cantidad real de beneficios que se paguen en nuestro plan. Cuando se resuelve el reclamo o se paga una cantidad a la persona cubierta, el representante legal o tutor de esta, o el heredero, la persona que recibe dichos fondos, debe pagarnos de inmediato toda cantidad que usted recupere mediante juicio, arreglo, concesión, recuperación u otro medio de cualquier tercero responsable, su asegurador, en la medida en que hayamos pagado o dado beneficios por su lesión, enfermedad o condición durante su período de inscripción en el plan.

Reglas antisubrogación que no se aplican

Nuestros derechos de subrogación y reembolso tendrán la máxima prioridad, y se pagarán antes de que se pague cualquiera de sus otros reclamos. Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos ni eliminados por la doctrina de “compensación integral” ni ninguna otra doctrina equitativa. No tenemos la obligación de solicitar la subrogación ni el reembolso para nuestro propio beneficio ni en su nombre. Nuestros derechos según la ley de Medicare y esta Evidencia de cobertura no se verán afectados, reducidos ni eliminados por nuestra falta de intervención en cualquier acción judicial que usted inicie en relación con su lesión, enfermedad o condición.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos bajo prescripción o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede poner una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de detener servicios que esté recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo, o servicio que usted considera debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluyendo el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica en donde el plan de salud acepta a los miembros si limita la membresía con base en el lugar de residencia de las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede darlo de baja si se muda permanentemente fuera del área servicio del plan.

Asuntos de Veteranos: Servicios provistos a veteranos de las fuerzas armadas en clínicas de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs - VA).

Atención al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con Atención al Cliente.

Atención de apoyo: La atención de apoyo es atención personal que se da en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Atención de apoyo es el cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no tienen las habilidades o formación profesional, tales como ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de la cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se brindan a sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención de apoyo.

Atención de emergencia: Los servicios cubiertos que son: 1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y 2) son necesarios para evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención en un centro de cuidados paliativos: Una forma especial de cuidar a las personas que tienen una enfermedad terminal y de dar consejería a sus familias. Los cuidados paliativos consisten en cuidado físico y consejería prestados por un equipo de personas que forman parte de una agencia pública certificada por Medicare o de una empresa privada. Según la situación, esta atención puede darse en la casa, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o en una residencia de atención de largo plazo. La atención en un centro de cuidados paliativos está destinada a ayudar a los pacientes en los últimos meses de vida dándoles comodidad y alivio del dolor. El enfoque está en la atención, no en la cura. Para obtener más información sobre

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

cuidados paliativos, visite www.medicare.gov y, en “Search Tools” (Herramientas de búsqueda), elija “Find a Medicare Publication” (Buscar una publicación de Medicare) para ver o descargar la publicación “Medicare Hospice Benefits” (Beneficios de cuidados paliativos de Medicare). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Atención médica a domicilio: Atención de enfermería especializada y algunos otros servicios de atención médica que usted recibe en su casa para el tratamiento de una lesión o enfermedad. Los servicios cubiertos se mencionan en la Tabla de beneficios de la Sección 10, en “Atención médica a domicilio”. Si necesita más servicios de atención médica a domicilio, nuestro plan cubrirá estos servicios siempre que sea elegible para la cobertura de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir servicios de un **asistente de atención médica a domicilio** si los servicios son parte del plan de atención médica a domicilio para su lesión o enfermedad. No están cubiertos, a menos que también reciba un servicio especializado cubierto. Los servicios de atención médica a domicilio no incluyen servicios de empleados de limpieza, servicios de comida ni atención de enfermería a domicilio a tiempo completo.

Atención médica en el hogar: Un asistente de atención médica en el hogar ofrece servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse, o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia ni proporcionan terapia.

Autorización previa: Aprobación antes de que usted reciba servicios o determinados medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos sólo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario. Su plan no revisará una autorización previa después de que usted reciba servicios médicos o determinados medicamentos.

Ayuda Adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos bajo prescripción de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros.

Beneficios Suplementarios Opcionales: Beneficios no cubiertos por Medicare que pueden comprarse por una prima adicional y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Si usted elige tener beneficios suplementarios opcionales, es posible que tenga que pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente Beneficios complementarios opcionales con el fin de conseguir que.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Cancelar inscripción o Cancelación de inscripción: el proceso de cancelar su membresía en su plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos de un 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Cantidad máxima de gastos de bolsillo: La cantidad máxima que usted paga de bolsillo durante el año calendario para los servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y Parte B. Los montos que paga por sus primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos bajo prescripción no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información acerca de su cantidad máxima de gastos de bolsillo.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de dar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea superior a 24 horas.

Centro especializado de enfermería (SNF/cama de transición) Un nivel de atención en un SNF/una cama de transición indicado por un médico que debe ser prestado o supervisado por profesionales de atención médica autorizados. Puede ser atención de enfermería especializada o servicios de rehabilitación especializados, o ambos. La atención de enfermería especializada incluye servicios que requieren las habilidades de un enfermero autorizado para ejercer o supervisar. Los servicios de rehabilitación especializados son la fisioterapia, la terapia del habla y la terapia ocupacional. La fisioterapia incluye ejercicios para mejorar el movimiento y la fuerza en una zona del cuerpo, y capacitación para usar equipos especiales, por ejemplo, la forma de usar un andador, o de subir y bajar de una silla de ruedas. La terapia del habla incluye ejercicios para recuperar y afianzar las habilidades del habla o la deglución. La terapia ocupacional lo ayuda a aprender a hacer actividades diarias habituales, como comer y vestirse solo.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que principalmente da servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y da diversos servicios, entre ellos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Coaseguro: Una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo de los servicios o los medicamentos bajo prescripción después de que haya pagado cualquier deducible. El coaseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Cobertura acreditable de medicamentos bajo prescripción: Cobertura de medicamentos bajo prescripción (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos bajo prescripción estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos bajo prescripción de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos bajo prescripción (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar por los medicamentos bajo prescripción, vacunas, productos biológicos y otros suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Consulta en línea (por ejemplo, visitas electrónicas): Una comunicación entre un paciente y su proveedor mediante un portal en línea para pacientes.

Copago: Es la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o artículos como por ejemplo la visita médica, la atención en el hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por cada consulta médica o medicamento con receta médica.

Costo compartido: Costo compartido se refiere al monto que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba efectuar un copago.

Costo-Compartido Estándar: Es el costo compartido que no sea el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Cuidados paliativos: Un miembro al que le quedan 6 meses o menos de vida, tiene derecho a elegir servicios de un centro de cuidados paliativos. Nosotros, como su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios adicionales que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le brindará un tratamiento especial para su estado.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Deducible: La cantidad que debe pagar por la atención médica o las recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de la organización: El plan Medicare Advantage hace una determinación de la organización, cuando toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los servicios o artículos cubiertos. En este folleto, a las determinaciones de la organización se les conoce como “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación relacionada con la cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta médica, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones relacionadas con la cobertura son llamadas “decisiones relacionadas con la cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Cierta equipo médico que su médico solicita para uso en el hogar. Los ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabéticos, bombas de infusión de línea intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores ordenados por un proveedor para usar en casa.

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: Una hospitalización cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio.”

Etapa de cobertura catastrófica: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o un coaseguro menor por sus medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado \$6,550 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que sus costos totales por medicamentos, incluso las cantidades que pagó y que su plan ha pagado por usted en el año, alcancen \$4,130.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de revelación: Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

Facturación de saldo: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que el costo compartido de los servicios. Como miembro de Aurora Health Quartz Medicare Advantage, usted solo debe pagar las cantidades de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o de lo contrario se cobra más de la cantidad de participación en los costos de su plan dice que usted tiene que pagar.

Familiares inmediatos: Los familiares inmediatos incluyen cónyuge, madre, padre, abuelos, hijos, nietos, hermanos, hermanas, suegro, suegra, cuñados, cuñadas, nueras y yernos. Los familiares adoptados o políticos también se consideran familiares inmediatos.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos bajo prescripción. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo (OOP): Vea la definición de “costos compartidos” arriba. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también conocido como requisito de gastos “de bolsillo”.

Indicación médicamente aceptada: El uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

La lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos bajo prescripción cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Ley de Indemnización por Accidentes de Trabajo: Cualquier enfermedad o lesión elegible o cubierta por cualquier ley federal, estatal o local de indemnización por accidentes de trabajo, ley de enfermedades laborales u otra legislación con fines similares.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura de acuerdo a la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: Una herramienta de gestión que se ha diseñado para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o para un período de tiempo definido.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: Tratamiento, servicios o suministros médicos que son necesarios para identificar o tratar una enfermedad o una lesión y que, según lo determinemos:

1. Son coherentes con los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica.
2. Son adecuados en relación con las normas de buenas prácticas médicas.
3. No son principalmente para su conveniencia o la de sus familiares inmediatos, ni la de su médico u otro proveedor.
4. Son el nivel más adecuado y rentable de suministros o servicios médicos que se puede dar de forma segura. Cuando se aplica a la atención para pacientes hospitalizados, también significa que las condiciones o los síntomas médicos suponen que los suministros o servicios médicos no se pueden dar de forma segura como paciente ambulatorio.
5. Tienen valor o utilidad comprobados.
6. Son elegibles para el plan de tratamiento de su proveedor.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta médica que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con un ingrediente activo igual al de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta médica que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para indicar todos los medicamentos bajo prescripción cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. (Consulte su formulario para conocer una lista específica de medicamentos cubiertos). El

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Medicamentos especializados: Medicamentos que, por lo general, son inyectables; sin embargo, algunos pueden ser orales o transdérmicos. Pueden incluir, entre otros, inmunodepresores, antirretrovirales, tratamientos contra el cáncer, fármacos biológicos recombinantes, interferones, hormonas del crecimiento y medicamentos para tratar otras enfermedades poco comunes.

Medicamentos no preferidos: Medicamentos que pueden tener equivalentes genéricos igual de eficaces o menos costosos, o que pueden tener uno o más medicamentos preferidos alternativos.

Medicamentos preferidos: Medicamentos que son terapéuticamente superiores, que le dan un mejor resultado al miembro o que tienen el mismo efecto terapéutico y ahorran dinero al plan en comparación con los medicamentos no preferidos.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos bajo prescripción. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, los montos de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto que aprueba Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas con enfermedad renal en la etapa terminal (por lo general las personas que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare puede recibir la cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o un plan de Medicare Advantage.

Médico de cabecera (PCP): su Médico de cabecera es el médico u otro proveedor a quién usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Él o ella también pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y remitirle a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su Médico de cabecera antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidados de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los médicos de cabecera (PCP).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Multa por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se suma a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos bajo prescripción de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos bajo prescripción, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: Cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, lo más alto el nivel de costo compartido, lo más caro que le será el costo por el medicamento.

Nivel de observación de la atención: Son los servicios que presta un hospital en su establecimiento, incluyendo el uso de una cama, el monitoreo periódico del personal de enfermería y de otros sectores, y cualquier otro servicio que sea razonable y necesario para evaluar la condición de un paciente o para determinar la necesidad de un posible ingreso (hospitalización) en el hospital, o la posibilidad de ir a la casa o a otro entorno de atención. Los servicios de observación hospitalarios para pacientes ambulatorios están cubiertos según se indica en la sección “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios”, en el Capítulo 4.

Organización de Mantenimiento en Salud: Hay distintos tipos de planes de Medicare Advantage. Este es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa “Organización de Mantenimiento en Salud”). Nuestra organización tiene un contrato con el Gobierno federal. Una Organización de Mantenimiento en Salud (HMO) es un tipo de organización de atención administrada que da una forma de cobertura de atención médica que se concreta mediante hospitales, médicos y otros proveedores con los que la HMO tiene un contrato.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: El programa voluntario de beneficios de medicamentos bajo prescripción de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como “la Parte D”).

Período de beneficios: La forma en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de los centros especializados de enfermería (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro especializado de enfermería. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro especializado de enfermería después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Un tiempo determinado cada año cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener la cobertura por medio de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta para Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que a una persona se la declare elegible por primera vez para inscribirse en Medicare.

Período de inscripción anual: Un tiempo determinado cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiar a Medicare Original. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: Un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones que le pueden dar el derecho de usar un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos bajo prescripción, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: Cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A Y B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período inicial de inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

Plan de costos de Medicare: Un Plan de Costos de Medicare es un plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que da atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, los que viven en un asilo de ancianos o que sufren de ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Un Plan de organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por una cantidad especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores que no pertenecen a la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de los proveedores que no pertenecen a la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan de salud Medicare: Un plan de salud de Medicare lo ofrece una empresa privada que tiene contratos con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, Programas de demostración/piloto y Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): Un plan de necesidades especiales que inscribe a las personas elegibles que residen continuamente o que se espera que residan de forma continua, durante 90 días o más, en un centro de atención de largo plazo (LTC). Estos centros de atención de largo plazo pueden incluir un centro especializado de enfermería (SNF); centro de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de cuidados intermedios para personas con retraso mental (ICF/MR), o un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Para atender a los residentes de Medicare en los centros de atención de largo plazo, un plan institucional de necesidades especiales debe contar con un acuerdo contractual con (o ser su dueño y operador) el o los centros de atención de largo plazo específico.

Plan institucional de necesidades especiales equivalente (SNP): Un Plan institucional de necesidades especiales que inscribe a las personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren cierto nivel institucional de atención basado en la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y deberá realizarla una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de atención todo incluido para el adulto mayor) combina servicios de atención médica, social y de largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudar a las personas a vivir de manera independiente y en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro para ancianos) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario a Medicare): Seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir “periodos sin cobertura” en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por el concepto de cobertura médica o cobertura de medicamentos bajo prescripción.

Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare: Programa que da descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a las personas inscritas en la Parte D que han alcanzado el Período sin cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos los medicamentos de marca tienen un descuento.

Programa de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que tienen una discapacidad, son ciegos o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro social.

Prótesis y ortodoncia: estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidados de la salud. Los productos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de atención médica, los hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para dar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red con base en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores están de acuerdo en proporcionarle los servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro con el que no hemos negociado para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores que no pertenecen a la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operan en nuestro plan ni se encuentran bajo contrato para proporcionarle a usted servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros que no pertenecen a la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja: El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal” El proceso de reclamos se utiliza *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que reciba. Consulte también “Queja” en esta lista de definiciones.

Queja: un tipo de reclamo que usted hace sobre nosotros o farmacias, incluyendo un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra las disputas de cobertura o pago.

Remisión: Formulario que prepara por escrito un proveedor participante para que usted reciba cobertura para tratamiento, servicios o suministros médicos de un proveedor no participante. La atención, el tratamiento, los servicios o los suministros médicos que se reciben mediante una remisión están sujetos a las exclusiones y limitaciones de esta *Evidencia de cobertura*. Nuestro

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

director médico debe presentar y aprobar por escrito las remisiones para un gasto cubierto antes de que se obtenga cualquier tratamiento, servicio o suministro recomendados.

Servicios cubiertos de Medicare: Los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

Servicios cubiertos: Término general que utilizamos para denominar a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: Los servicios necesarios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden proporcionar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles.

Subcomité de Farmacia y Terapéutica: El subcomité de los planes incluye médicos y farmacéuticos que revisan los medicamentos de cada clase terapéutica para determinar su eficacia, sus eventos adversos, y el costo del tratamiento y, luego, elegir los medicamentos de cada categoría para su inclusión o exclusión en el formulario del plan (Lista de medicamentos).

Subsidio de bajos ingresos (LIS): Consulte la “Ayuda Adicional”.

Tarifa de dispensación: Un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar por el costo de surtir una receta médica. El cargo por despacho cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Tarifa diaria de costos compartidos: Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba efectuar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Se presenta, a continuación, un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su “tasa de costo compartido diario” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro de cada día cuando surte su receta médica.

Terapia de pasos: Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le había recetado inicialmente.

Un plan Medicare Advantage (MA): En ocasiones llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

privado de pago por servicio (PFFS) o un Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Cuando usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan bajo Medicare Original. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos bajo prescripción). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos bajo prescripción**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que esté disponible en su área.

Visita virtual: Una consulta breve (de 5 a 10 minutos) con su proveedor de asistencia médica por teléfono u otro dispositivo de telecomunicaciones para decidir si se necesita una visita en el consultorio u otro servicio. Una evaluación remota de videos grabados o imágenes enviadas por un paciente habitual.

Atención al Cliente de Aurora Health Quartz Medicare Advantage

Método	Atención al Cliente – Información de contacto
LLAME AL	(800) 394-5566 Las llamadas a este número son gratuitas. Un representante de Atención al Cliente podrá ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, también podremos ayudarlo los sábados y domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si llama fuera de nuestro horario normal de atención, puede dejar un mensaje de voz confidencial, y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral. Atención al Cliente tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	Las personas con una discapacidad auditiva o del habla deben llamar al 711 o al (800) 877-8973 (TTY/TDD). Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial, y dicho número es solo para personas que tienen una discapacidad auditiva o del habla. También puede llamar mediante una empresa de servicios de transmisión de video de su elección. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	(608) 643-2564, Attention: Customer Service
ESCRIBA A	Quartz Medicare Advantage Attention: Customer Service 840 Carolina Street, Sauk City, Wisconsin 53583 Correo electrónico: CustomerService@QuartzBenefits.com Portal seguro para miembros: Quartz MyChart
SITIO WEB	QuartzBenefits.com/MedicareAdvantage

Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP)

El Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para asesorar sobre seguros médicos locales de manera gratuita a las personas que tengan Medicare.

Método	Junta sobre Envejecimiento y Atención a Largo Plazo del Estado de Wisconsin (SHIP) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 242-1060
ESCRIBA A	State of Wisconsin Board on Aging and Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, Wisconsin 53704-4001
SITIO WEB	longtermcare.wi.gov

Declaración de revelación de PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número válido de control OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.