



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Premier Care (HMO I-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-305-3879 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Premier Care (HMO I-SNP), es ofrecido por Align Senior Care California Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a Align Senior Care California Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Premier Care (HMO I-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

This document is available for free in Spanish.

Este documento está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

Los beneficios, los deducibles, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H3274_002_2024EOC_C

Evidencia de cobertura de 2024**Índice**

Capítulo 1:	Primeros pasos como miembro.....	7
SECCIÓN 1	Introducción	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3	Materiales importantes para miembros que recibirá	9
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Premier Care (HMO I-SNP)	11
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual.....	13
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	15
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
Capítulo 2:	Números de teléfono y recursos importantes	19
SECCIÓN 1	Contactos de Premier Care (HMO I-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros)	19
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	26
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	28
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad	29
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	29
SECCIÓN 6	Medicaid.....	30
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	31
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	35
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	35
Capítulo 3:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos.....</i>	38
SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	38
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	40
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	43
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	46

SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	46
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	48
SECCIÓN 7	Normas para la posesión del equipo médico duradero.....	49
Capítulo 4:	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	52
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos...	52
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar	54
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	101
Capítulo 5:	Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.....	107
SECCIÓN 1	Introducción	107
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	107
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	111
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos.....	113
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	115
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?.....	118
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	120
SECCIÓN 8	Obtener un medicamento con receta	121
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	122
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	123
Capítulo 6:	Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D	127
SECCIÓN 1	Introducción	127
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento.....	130
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	130
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5	132

SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....	132
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa del periodo sin cobertura	136
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D	137
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene ..	137
Capítulo 7:	Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos	141
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....	141
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	143
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y la aceptaremos o no	144
Capítulo 8:	Sus derechos y responsabilidades	146
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan.....	146
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	151
Capítulo 9:	Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	154
SECCIÓN 1	Introducción	154
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	154
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	155
SECCIÓN 4	Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	156
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	159
SECCIÓN 6	Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	167
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	177
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	184
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	190
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	193

Capítulo 10:	Cancelación de su membresía en el plan	198
SECCIÓN 1	Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	198
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	198
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	199
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.....	200
SECCIÓN 5	Premier Care (HMO I-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	200
Capítulo 11:	Avisos legales.....	203
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	203
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	203
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	203
Capítulo 12:	Definiciones de palabras importantes.....	205

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Premier Care (HMO I-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir atención médica y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Premier Care (HMO I-SNP).

Premier Care (HMO I-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare Advantage), lo que significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Premier Care (HMO I-SNP) está diseñado para las personas que viven en una institución (como un hogar de convalecencia) o viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención que se brinda, generalmente, en un centro de cuidados.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de pacientes que necesitan este nivel de atención. Como miembro del plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados y todo su servicio de atención estará coordinado por medio de nuestro plan.

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

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

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

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Premier Care (HMO I-SNP).

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Premier Care (HMO I-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones

en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Premier Care (HMO I-SNP) entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Premier Care (HMO I-SNP) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Premier Care (HMO I-SNP) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare;
- -- y -- usted viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 que se encuentra más abajo describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella;
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o se encuentre legalmente en los Estados Unidos;
- -- y -- usted cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de atención que se brinda, generalmente, en un centro de cuidados.

- Tenga en cuenta lo siguiente: si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener en un plazo de 1 mes, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un periodo de elegibilidad continua considerado).

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan de Premier Care (HMO I-SNP)

Premier Care (HMO I-SNP) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Alameda, Los Angeles, Marin, Orange, Riverside, San Francisco, San Mateo, y Santa Clara.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Por favor, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponibles en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Premier Care (HMO I-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Premier Care (HMO I-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá**Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan**

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



A participating provider of *Senior Living Community* XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

<Product Name XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX>

<FIRST NAME LAST NAME>

Member ID <XXXXXXXX>

RxBin <XXXXXX>

RxPCN <XXXX>

RxGRP <XXXXXXXX>

Medical Payer ID <XXXX>

Dental Payer ID <XXXX>

See back for dental

CMS - <XXXXX-XXX>

Medicare
Prescription Drug Coverage

In case of emergency, call 911. Then, call plan within 24 hours or ASAP.

- Member Services
(including prior authorization requests):
1-844-305-3879 (TTY 711)
- Prescription Drug Customer Services:
1-844-305-3879 (TTY 711)
- Pharmacy Help Desk:
1-866-270-3877 (TTY 711)
- Dental Help Desk:
1-866-270-3877 (TTY 711)

Mail Medical Claims to:

P.O. Box 40
Glen Burnie, MD 21060-0040

Mail Pharmacy Claims to:

Navitus Health Solutions, LLC
P.O. Box 1039
Appleton, WI 54912-1039

Mail Dental Claims to:

Liberty Dental
P.O. Box 401086
Las Vegas, NV 89140

Members: AlignSeniorCare.com/resources
Providers: AlignSeniorCare.com/providers

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Premier Care (HMO I-SNP), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por

Medicare, también denominados ensayos clínicos.

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero actuales. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Premier Care (HMO I-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) a través de Servicios para los miembros. Las solicitudes de copias impresas del *Directorio de proveedores* se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Premier Care (HMO I-SNP). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de Premier Care (HMO I-SNP).

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

Le proporcionaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([AlignSeniorCare.com](https://www.AlignSeniorCare.com)) o llamar a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Premier Care (HMO I-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para Premier Care (HMO I-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

Cuando se inscribe por primera vez en Premier Care (HMO I-SNP), le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no tendrá** que pagarla si se cumple lo siguiente:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Recibe “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
 - **Nota:** cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- A continuación, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional del año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea el resultado a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$34.70, que es igual a \$4.86. Esto se redondea a \$4.90. Esta cantidad se añadiría **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, **si tiene menos de 65 años** y recibe actualmente los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del periodo de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía.

Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board) o de la Oficina de Administración de Personal (Office of Personnel Management), independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas para pagar su multa

Hay dos maneras en las que puede pagar la multa. Los miembros pueden informar al Plan sobre su opción de pago de la multa por inscripción tardía o cambiar la opción llamando a Servicios para los miembros.

Opción 1: pagar con cheque

Le enviaremos una factura cada mes antes del día 15 del mes anterior. La prima siempre debe pagarse el primer día del mes. Asegúrese de seguir estos pasos de manera que no haya demoras en el procesamiento de sus pagos. Usted es responsable de garantizar que la prima del plan se pague a tiempo.

- Haga el cheque a nombre de Premier Care (HMO I-SNP), no CMS ni HHS. También puede usar un

giro postal si no tiene cuenta bancaria.

- El cheque debe enviarse por correo a la dirección que figura en la factura.
- Escriba su identificación de miembro de Premier Care (HMO I-SNP) en el cheque. La misma aparece en la factura o en la tarjeta de identificación.
- Si otra persona hace el pago por usted, asegúrese de que su nombre e identificación de miembro estén escritos en el cheque.
- En caso de querer pagar primas de más meses, basta con escribir los meses que está pagando y escribir el monto total en el cheque.
- Si no recibe la factura o si la pierde, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Opción 2: pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para los miembros.

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

Se debe recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del primer día del mes. Si no hemos recibido su pago antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso en el que se le indicará que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos el pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D, si es que se debe, en un plazo de 60 días. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si es que se debe, a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, si es que se debe, Original Medicare le brindará cobertura médica. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el periodo de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancele su membresía, es posible que nos siga debiendo la multa que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que adeuda. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, puede presentar un reclamo (también conocido como queja). Consulte el Capítulo 9 para saber cómo puede presentar una queja. Si ha tenido una

circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le ha impedido pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si es que se debe, dentro de nuestro periodo de gracia, puede presentar una queja. Cuando recibimos una queja, revisamos de nuevo nuestra decisión. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo puede presentar una queja, o bien puede llamarnos al 1-844-305-3879 de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

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

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

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

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, que incluye su proveedor de atención primaria.

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

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

- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue ingresado en un centro de cuidados
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentra fuera del área de cobertura
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

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

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

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

- Si es mayor de 65 años y usted, su cónyuge o pareja de hecho todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y recursos
importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Premier Care (HMO I-SNP)

(cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de Premier (HMO I-SNP). Con gusto le ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-844-305-3879 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-833-610-2390
ESCRIBA A	Align Senior Care PO Box 40 Glen Burnie, MD 21060-0040 customerservice@alignseniorcare.com
SITIO WEB	AlignSeniorCare.com

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

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-305-3879 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-833-610-2390
ESCRIBA A	Align Senior Care PO Box 40 Glen Burnie, MD 21060-0040
CORREO ELECTRÓNICO	customerservice@alignseniorcare.com
SITIO WEB	AlignSeniorCare.com

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones para la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-305-3879 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-833-610-2390
ESCRIBA A	Align Senior Care PO Box 40 Glen Burnie, MD 21060-0040
CORREO ELECTRÓNICO	customerservice@alignseniorcare.com
SITIO WEB	AlignSeniorCare.com

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

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

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-305-3879 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-833-610-2390
ESCRIBA A	Align Senior Care PO Box 40 Glen Burnie, MD 21060-0040
CORREO ELECTRÓNICO	customerservice@alignseniorcare.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Premier Care (HMO I-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D

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

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-844-305-3879 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre
FAX	1-833-610-2390
ESCRIBA A	Align Senior Care PO Box 40 Glen Burnie, MD 21060-0040
CORREO ELECTRÓNICO	customerservice@alignseniorcare.com
SITIO WEB	AlignSeniorCare.com

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

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones para los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-305-3879 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-833-610-2390

Método	Apelaciones para los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	Align Senior Care PO Box 40 Glen Burnie, MD 21060-0040
CORREO ELECTRÓNICO	customerservice@alignseniorcare.com
SITIO WEB	AlignSeniorCare.com

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Presentar quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-844-305-3879 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-833-610-2390
ESCRIBA A	Align Senior Care PO Box 40 Glen Burnie, MD 21060-0040

Método	Presentar quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
CORREO ELECTRÓNICO	customerservice@alignseniorcare.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Premier Care (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Si ha recibido una factura o ha pagado por unos servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o que paguemos por la factura del proveedor. Para más información consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Nota: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para más información consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Solicitudes de pago de reclamaciones médicas: información de contacto	Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
FAX	1-833-610-2390	1-855-668-8550
ESCRIBA A	Align Senior Care PO Box 40 Glen Burnie, MD 21060-0040	Align Senior Care Manual Claims PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	AlignSeniorCare.com	AlignSeniorCare.com

Método	Solicitudes de pago de reclamaciones sobre beneficios dentales complementarios: información de contacto
LLAME A	866-544-1942

Método	Solicitudes de pago de reclamaciones sobre beneficios dentales complementarios: información de contacto
TTY	877-855-8039
FAX	1-888-401-1129
ESCRIBA A	LIBERTY Claims Center (NV) PO Box 401086 Las Vegas, NV 89140

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Premier Care (HMO I-SNP): • Informe a Medicare sobre su queja: Puede de presentar una queja sobre Premier Care (HMO I-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para revisar la información con usted. Ellos buscarán la información en el sitio web, y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).

El California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que reciben fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo a entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare así como a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA TENER ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en BUSCADOR DE SHIP (SHIP LOCATOR) a mitad de la página).
- Seleccione su ESTADO (STATE) en el menú desplegable. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222 El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora local.
TTY	711
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/hicap/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta - California's Quality Improvement Organization.

Livanta - California's Quality Improvement Organization está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta - California's Quality Improvement Organization es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Livanta - California's Quality Improvement Organization:

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

Método	Livanta - California's Quality Improvement Organization: información de contacto
LLAME AL	1-877-588-1123 El horario es de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.; los sábados y domingos, de 11 a.m. a 3 p.m. hora local.
TTY	1-855-887-6668 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informar dichos cambios.

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorros de Medicare incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Parte B.

- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese a California Medi-Cal (Medicaid).

Método	California Medi-Cal (Medicaid): información de contacto
LLAME AL	1-800-541-5555 El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT).
TTY	1-800-430-7077 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	https://www.benefits.gov/benefit/1620

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

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

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

Si usted reúne los requisitos en forma automática para la “Ayuda adicional” Medicare enviará una carta por correo. No tendrá que aplicar. Si no reúne los requisitos automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

- al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

24 horas, los 7 días de la semana;

- a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 para obtener información de contacto).

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

- Si necesita ayuda para obtener la mejor evidencia disponible, llame a servicios para miembros al número de teléfono que se encuentra en la última página de este folleto.
- **Prueba de que ya tiene el estado de “Ayuda adicional”**
 - Si ya tiene un documento que prueba que ha calificado para “Ayuda adicional”, también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia para que le surtan una receta. Puede usar cualquiera de los siguientes documentos para proporcionarnos pruebas o mostrarlos como prueba en la farmacia.
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid que muestre su nombre y la fecha en que se convirtió en elegible para “Ayuda adicional”. La fecha tiene que ser del mes de julio o posterior del año pasado.
 - Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de “Ayuda adicional”. Esta carta podría llamarse Información importante, Carta de adjudicación, Aviso de cambio o Aviso de acción.
 - Una carta de la Administración del Seguro Social que demuestre que recibe Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI). Si ese es el caso, también califica para la “Ayuda adicional”.
- **Prueba de que es un miembro activo de Medicaid**
 - Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre su estado activo de Medicaid. La fecha activa que se muestra tiene que ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
 - Comprobante de un pago de Medicaid por una estadía en un centro médico. Su estadía en el centro médico debe ser de al menos un mes completo y debe ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
 - Un estado de cuenta del centro que muestre el pago de Medicaid.
 - Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid por usted.

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

Align Senior Care
PO Box 40
Glen Burnie, MD 21060-0040

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que paga es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen pagar medicamentos con receta, primas del plan y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), seguirá conservando el 70% de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el periodo sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).

A continuación encontrará el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) que funciona en su estado.

Método	The AIDS Drug Assistance Program (ADAP): Información de contacto
LLAME AL	1-916-558-1784 El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora local.
TTY	711

Método	The AIDS Drug Assistance Program (ADAP): Información de contacto
ESCRIBA A	Office of AIDS, Center for Infectious Diseases, California Department of Public Health MS 7700 P.O. Box 997426 Sacramento, CA 95899-7377
SITIO WEB	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de planes notifique a su trabajador de inscripción en el ADAP de manera que usted pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse al programa, llame a Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En California, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama Prescription Drug Discount Program for Medicare Recipients.

Método	Prescription Drug Discount Program for Medicare Recipients
LLAME AL	1-800-541-5555 1-916-518-3100 El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora local.
TTY	711
ESCRIBA A	The Board of Pharmacy 2720 Gateway Oaks Drive, Suite 100 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	https://www.pharmacy.ca.gov/consumers/medicare_discount.shtml

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

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

Método	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 para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá tener acceso a la línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento). 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 conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Usar el plan para obtener
servicios médicos*

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

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

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

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

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

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

Como un plan de salud de Medicare, Premier Care (HMO I-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Premier Care (HMO I-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

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

aceptados.

- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, no es necesaria una aprobación previa de su PCP para utilizar otros proveedores especialistas dentro de la red del plan.
 - Nuestro plan debe darle su aprobación por adelantado (autorización previa) antes de que usted pueda tener acceso a ciertos procedimientos y servicios. Para obtener más información sobre servicios y procedimientos que requieren una autorización previa, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.
 - La autorización o aprobación previa no se requiere en el caso de atención de emergencia o servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin una aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Eso significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *A continuación, se indican tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 2 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de buscar atención de parte de un proveedor fuera de la red. En este caso, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis no puede exceder nunca el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio a través de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise

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

- *¿Qué es un PCP?*

Un PCP es un médico que (1) tiene un contrato con Premier Care (HMO I-SNP), (2) tiene una licencia para practicar medicina alopática (MD) u osteopática (DO), y (3) es responsable de proporcionar servicios de atención primaria en Premier Care (HMO I-SNP) para los miembros inscritos que estén en centros de cuidados, centros de vida asistida o centros de atención de enfermería especializada (SNF), incluida la coordinación y administración de la prestación de todos los servicios cubiertos.

- *¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como médicos de atención primaria (PCP)?*

Premier Care (HMO I-SNP) contratará los servicios de PCP con médicos que ejerzan la medicina general, medicina familiar o medicina interna. En algunos casos, Premier Care (HMO I-SNP) puede contratar a médicos de medicina interna que también tengan una certificación de la junta de subespecialidades en alguna especialidad relevante para la población de miembros de Premier Care (HMO I-SNP) incluidas la neumología y la cardiología.

- *¿Cuál es la función del PCP en Premier Care (HMO I-SNP)?*

Los PCP prestarán servicios regulares de atención al paciente en el entorno más adecuado, trabajando para agilizar la atención y minimizar la necesidad de traslados fuera del hogar para servicios externos. Trabajarán directamente con el miembro para brindar y supervisar todos los aspectos de su cuidado, incluida la evaluación, recomendación o aplicación de tratamientos para optimizar el estado de salud de los miembros.

- *¿Qué papel juega el PCP al coordinar los servicios cubiertos?*

Los médicos de atención primaria son responsables de la coordinación de la atención preventiva de rutina y de cualquier servicio auxiliar que deba prestarse con autorización.

- *¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de una autorización previa, si así corresponde?*

Los PCP son los responsables de solicitar las autorizaciones previas para cualquier hospitalización o servicio/procedimiento programado u opcional solicitado por el PCP y que requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para conocer qué servicios necesitan autorización previa.

¿Cómo elige al PCP?

Es posible que haya seleccionado un PCP cuando completó su formulario de inscripción. Si no seleccionó un PCP y desea hacerlo, llame a Servicios para los miembros al número impreso en la contraportada de este folleto.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Si necesita o desea cambiar de PCP, por lo general, no estará limitado a determinados especialistas u hospitales a los que le remita el PCP.

Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. En la mayoría de los casos el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la solicitud.

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

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su proveedor de atención primaria (PCP).

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no estén disponibles o cuando no sea posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando la persona inscrita se encuentre fuera del área de servicio del plan. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos.

- Los oncólogos tratan a pacientes que tienen cáncer.

- Los cardiólogos tratan a pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- El PCP y los especialistas **podrían** necesitar aprobación/autorización previa para brindar más atención en caso de recomendarla o recetarla. Esta responsabilidad no vuelve al médico de atención primaria (PCP) mientras el miembro está al cuidado del especialista.
- El plan documenta y evalúa solicitudes para autorizaciones, procesa la decisión de autorización y notifica la misma al proveedor. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para ver la lista de servicios que necesitan autorización previa.
- La selección de un PCP en la red de Premier Care (HMO I-SNP) generalmente no conlleva ninguna limitación en el acceso a especialistas u hospitales.
- Para solicitar ayuda, llame a Servicios para los miembros al número que figura en la contraportada de este folleto.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. A continuación, le resumimos ciertos derechos y protecciones que usted tiene si su médico o especialista deja de estar en el plan.

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención médica primaria o de salud conductual deja el plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda tener acceso para que continúe con su atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento o terapias médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpan.
- Le informaremos sobre los distintos periodos de inscripción disponibles y las opciones que tiene para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o un beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de

nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

Su médico de atención primaria (PCP) o el plan deben darle la aprobación por adelantado antes de que pueda utilizar proveedores que no estén en la red del plan. Esto se llama "autorización previa". Para obtener más información sobre este tema y sobre las situaciones en las que puede acudir a un proveedor fuera de la red sin autorización previa (por ejemplo, en caso de emergencia), consulte las Secciones 2.2 y 2.3 de este capítulo. Si no tiene autorización previa (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que pagar por estos servicios usted mismo. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Aunque en la mayoría de los casos es necesario obtener una autorización previa para acudir a un proveedor fuera de la red, no es necesario obtener una autorización previa para la atención de emergencia o los servicios de urgencia fuera del área. Además, cubrimos los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal terminal (ESRD) que viajan fuera del área de servicio del plan y no pueden tener acceso a proveedores para miembros con ESRD.

Lo mejor es pedir a un proveedor fuera de la red que facture primero al plan. Pero, si usted ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para saber qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento

promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del hijo no nacido), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

A continuación, le diremos qué hacer si usted tiene una emergencia médica.

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP). *No* necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame al Servicio para los miembros al 1-844-305-3879, horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

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

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y se planifique la atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

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

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención

adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

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

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son: i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana, o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

El *Directorio de proveedores* del plan le indica qué establecimientos de su área están dentro de la red. Esta información también se puede encontrar en línea en AlignSeniorCare.com. Si tiene alguna otra pregunta sobre atención que se necesita de urgencia, comuníquese a Servicios para los miembros.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio si recibe la atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Secretary of Health and Human Services) o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: AlignSeniorCare.com para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

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

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

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

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Premier Care (HMO I-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare por lo general solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y usted expresa su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si usted cumple con los requisitos que han establecido los científicos que están a cargo del estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para dicho estudio y usted comprenda por completo y acepte lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos informa que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios que se proporcionan en ese estudio. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de

Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación en la que se indique cuánto pagó. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y recibir, a través de nuestro plan, el resto de su atención médica (aquella atención médica que no está relacionada con el estudio).

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo comunique, ni que nosotros ni su PCP lo apruebe. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Entre ellos se incluyen algunos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para las personas inscritas en Medicare Advantage por Medicare Original, le alentamos a informarnos por adelantado cuando decida participar en estudios de investigación clínica calificados por Medicare.

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

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

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su participación en los costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría

documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio;
- los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica consultando la página web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las condiciones que se mencionan a continuación.

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada
 - y debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar en el centro, de lo contrario, no se cubrirá su estadía.

Se aplican los límites de cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados. Consulte el Capítulo 4 para más información.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión del equipo médico duradero

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

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

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Premier Care (HMO I-SNP), usted generalmente no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información.

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

Si no adquirió el DME en propiedad mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo a Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no adquirió el artículo en propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Más adelante, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse de nuevo a Original Medicare para adquirir el artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea los que hizo a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Premier Care (HMO I-SNP), cubrirá lo siguiente:

- alquiler de equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Premier Care (HMO I-SNP) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los siguientes 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por permanecer con la misma empresa o cambiarse a otra empresa. En este momento, comienza de nuevo el ciclo de cinco años, incluso si permanece con la misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

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

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Premier Care (HMO I-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Nota: Si nuestros miembros se enferman y requieren una prueba, la prueba del coronavirus está totalmente cubierta por Premier (HMO I-SNP) sin ningún costo de su bolsillo para ellos.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

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

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 brinda más información acerca del deducible del plan).
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

El deducible de la Parte B era de \$226. Este es el monto de costo compartido para 2023 y puede cambiar para 2024. Premier Care (HMO I-SNP) proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará la parte que le corresponde de durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si usted todavía no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los

siguientes servicios:

- Servicios adicionales de telesalud
- Atención de acompañante
- Suministros para diabéticos
- Atención de emergencia
- Acondicionamiento físico
- Tarjeta Flex Card
- Servicios de ambulancia terrestre
- Servicios de atención médica a domicilio
- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Atención psiquiátrica a pacientes internados
- Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)
- Rehabilitación cardíaca intensiva
- Pruebas de laboratorio
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Servicios especializados de salud mental
- Terapia ocupacional
- Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)
- Observación de pacientes externos
- Servicios de hospitalización parcial
- Médico de atención primaria
- Fisioterapia y terapia del habla
- Médico especialista
- Atención quiropráctica rutinaria
- Exámenes oftalmológicos de rutina
- Podiatría de rutina
- Cuidado en centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)
- Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)
- Acupuntura complementaria
- Servicios dental complementario
- Suplemento auditivo
- Transporte
- Servicios de urgencia
- Radiografías

Sección 1.3 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024 este monto es de \$3,500.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Cada servicio enumerado en la Tabla de beneficios médicos cuyo costo compartido cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo contiene la siguiente oración: Usted paga estos montos hasta alcanzar el máximo que paga de su bolsillo).

Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$3,500, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de Premier Care (HMO I-SNP), una protección importante para usted es que después de que cumple con los deducibles, solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

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

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Premier Care (HMO I-SNP) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos

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

están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra en nuestro periodo de supuesta elegibilidad continua de 1 mes, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan y sus montos de costo compartido no cambian durante este periodo.

Información importante sobre los beneficios para las personas inscritas con afecciones crónicas

- Si un proveedor del plan le diagnostica la(s) siguiente(s) afecciones(es) crónica(s) identificada(s) a continuación y cumple ciertos criterios, es posible que pueda ser elegible para beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes
 - Enfermedad hepática terminal
 - Enfermedad renal terminal (ESRD)
 - Trastornos de sangre graves
 - VIH/SIDA
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes
 - Trastornos neurológicos
 - Accidente cerebrovascular
 - Osteoartritis
 - Hipertensión
 - Hiperlipidemia
- Para obtener más información, consulte las filas *Atención de acompañante* y *Beneficio para adquirir abarrotes* en la Tabla de beneficios médicos que figura a continuación.
 - Comuníquese con nosotros para saber exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica que se pueda identificar (p.ej., no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no se relaciona con cirugía y • no se relaciona con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). Servicios de acupuntura adicionales <i>Beneficios complementarios</i> Se limita a 12 consulta(s) cada año Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	\$30 de copago por cada consulta de rutina de acupuntura.
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, sean para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios cubiertos de ambulancia no son para una situación de emergencia, deberá estar documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	\$125 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia.</i> Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no son de emergencia.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, lo que incluye la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años; • una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más; • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas afecciones con un orden del médico.	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>
 Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses; • si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina o bien, si está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años, se incluye una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • manipulación manual de la columna vertebral para corregir	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
subluxaciones Beneficios complementarios Atención quiropráctica de rutina Se limita a 12 consulta(s) cada año Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa solo para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</i> \$30 de copago por cada consulta de quiropráctica de rutina.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: - La colonoscopia no tiene un límite máximo o mínimo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. - Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de recibir una colonoscopia de detección. Cada 48 meses para pacientes que tienen alto riesgo de acuerdo con la última sigmoidoscopia flexible o el enema de bario. - Prueba de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Cada 12 meses. - Pruebas de DNA en heces con objetivos múltiples para pacientes de entre 45 y 85 años de edad que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. - Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años de edad que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. - El enema de bario es una alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo, 24 meses después de la última detección con enema de bario o la última colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago o deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y remueve un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico y usted paga el 15% del monto aprobado por Medicare por los servicios de sus médicos. En un centro hospitalario para pacientes externos, también paga al hospital un coseguro del 15%. No se aplica el deducible de la Parte B.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• El enema de bario es una alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y sean mayores de 45 años. Una vez al menos después de 48 meses de la última detección con enema de bario o la detección con sigmoidoscopia flexible. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba no invasiva a base de heces cubierta por Medicare devuelva un resultado positivo. • Servicios preventivos de enema de bario cubiertos por Medicare	Se aplica el deducible. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare
Atención de acompañante Su plan de salud se ha asociado con Papas Pals para proporcionarle el beneficio de atención de acompañante*. Papa ofrece servicios de compañía y otros servicios de apoyo con tareas cotidianas para los miembros, proporcionados por Papa Pals. Usted tiene acceso a 30 horas de ayuda de un Papa Pal al año sin costo para usted. Los Papa Pals pueden ayudarle con los siguientes servicios†: Compañía: pasar tiempo de calidad, jugar a juegos de mesa, compartir recuerdos, disfrutar de una comida, dar un paseo y entablar una buena conversación. Transporte: de ida y vuelta a citas médicas, visitas a farmacias, centros comunitarios, lugares de culto, mandados y compras de abarrotes. Tareas domésticas: limpieza ligera de superficies, preparación de comidas, organización, seguridad física, jardinería liviana y lavandería. Ayuda con mascotas: sacarlas a pasear, jugar a que corran a buscar algo o con juguetes, proveerles comida y agua. Ejercicio: asistir a clases, ayuda con ejercicios livianos y actividades	\$0 de copago

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
al aire libre. Ayuda tecnológica: configuración y utilización de dispositivos, citas de telesalud y asistencia en redes sociales. Visitas virtuales: servicios virtuales y acompañamiento por teléfono. No ayudan con la atención médica o personal, como el baño, la administración de medicamentos, vestirse, ir al baño, cepillarse los dientes y alimentarse. Los Papa Pals tampoco realizan tareas domésticas por las que pagarías a un profesional. El servicio se presta durante un máximo de 30 horas al año. Para concertar una consulta, llame al 855-576-4088 (TTY: 711). La primera llamada incluirá una evaluación para ayudarlo a encontrar a su acompañante "Papa Pal" en función de sus intereses y necesidades. Visite la Sección Ask us anything (Pregúntenos lo que quiera) en papa.com/members para conocer nuestras políticas de seguridad, normas comunitarias y normas de visita. †Estos servicios son sin costo y no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	
Este beneficio está disponible solamente para miembros con determinadas afecciones crónicas. Consulte la lista de afecciones para saber si reúne los requisitos: dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ERT), trastornos graves de la sangre, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, hipertensión o hiperlipidemia.	
Servicios dentales <i>Nuestro plan se asocia con Liberty Dental para proporcionarle beneficios dentales. Tenga en cuenta que algunos servicios requieren una revisión clínica para la aprobación de la autorización previa al tratamiento. Cierta documentación debe presentarse con estas solicitudes de autorización previa. Estos servicios se revisan clínicamente utilizando la documentación proporcionada para determinar si están indicados y son apropiados en función de los</i>	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa solamente para los servicios dentales integrales cubiertos por</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<i>estándares de la industria, y que cumplen con todos los requisitos específicos de dicho servicio como se describe en los Criterios y pautas clínicas de Liberty. No se cubrirá ningún tratamiento que, en opinión del Director dental de LIBERTY, no sea necesario o no alcance los criterios del plan. Si no se proporciona la documentación requerida, el servicio no puede ser revisado adecuadamente y, por lo tanto, será denegado. Si la autorización previa es denegada por cualquier motivo, el servicio no estará cubierto, y usted será responsable de todos los costos asociados. Los procedimientos dentales por razones cosméticas o estéticas no están cubiertos. La cobertura se limita a los servicios enumerados en la Lista de beneficios. Si un servicio no está en la lista, no está incluido y no está cubierto. Para localizar un proveedor de la red o para revisar las Pautas clínicas del plan de Liberty Dental, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-544-1942 o busque en el Directorio de proveedores en línea de Liberty Dental en libertydentalplan.com/alignseniorcare. Se recomienda que consulte con su dentista de la red para comprobar la cobertura de beneficios antes de obtener servicios dentales. Si decide utilizar un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos. Las limitaciones y exclusiones adicionales figuran a continuación de la Lista de beneficios.</i> En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para un tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte la mandíbula, o exámenes orales antes de un trasplante renal. Además, cubrimos lo siguiente: Servicios dentales preventivos - Exámenes orales Se limita a 2 examen(es) oral(es) cada año - Profilaxis (limpieza)	<i>Medicare.</i> Los beneficios complementarios no tienen copago ni coseguro.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Se limita a 2 limpiezas cada año - Radiografías dentales Se limita a 1 radiografía Una radiografía de mordida está cubierta anualmente. Se cubre una radiografía panorámica o una serie completa cada 3 años. Las radiografías oclusales intraorales están cubiertas dos veces al año - Tratamiento con fluoruro Se limita a 2 tratamientos con fluoruro cada año Servicios dentales integrales - Servicios de diagnóstico Sin límite de servicios de diagnóstico cada año - Endodoncia Se limita a 1 servicio(s) de endodoncia. Los servicios de endodoncia están cubiertos una vez por diente de por vida. - Extracciones Se limita a 1 extracción (extracciones). Las extracciones simples y quirúrgicas son un beneficio cubierto una vez por diente de por vida. La extracción de un diente impactado es un beneficio cubierto. Los servicios de alveoloplastia están cubiertos una vez por sitio/cuadrante de por vida. - Servicios que no sean de rutina Se limita a 1 servicio(s) que no son de rutina El tratamiento paliativo del dolor dental está cubierto dos (2) veces por año calendario. El protector oclusal, el análisis y los ajustes están cubiertos una vez cada tres (3) años. Los servicios de teleodontología están cubiertos dos (2) veces por año calendario - Periodoncia Se limita a 1 servicio(s) de periodoncia. El raspado y el alisado radicular están cubiertos una vez por cuadrante cada dos (2) años. El mantenimiento periodontal es un beneficio cubierto dos (2) veces al año. La irrigación gingival es un beneficio cubierto una vez por cuadrante cada dos (2) años. Los servicios periodontales cubiertos incluyen gingivectomía una (1) vez por cuadrante cada tres (3) años; cirugía ósea una	Máximo anual de \$1,000 de crédito combinado cada año para servicios dentales preventivos e integrales .

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
vez por sitio/cuadrante cada cinco (5) años; desbridamiento completo de la boca una vez cada dos (2) años. Los servicios de injerto periodontal están cubiertos una (1) vez por sitio/cuadrante cada tres (3) años. • Prostodoncia, cirugía oral/maxilofacial, otros servicios Se limita a 1 servicio(s). Los servicios de prostodoncia incluyen dentaduras postizas completas y parciales una vez por arco cada cinco (5) años. Los ajustes y reparaciones de dentaduras postizas son un beneficio cubierto una vez por arco cada año. Los rebasados de dentaduras postizas son un beneficio cubierto una vez por arco cada dos (2) años. • Servicios de restauración Se limita a 1 servicio(s) de restauración Los empastes están cubiertos; no se duplica el empaste en la misma superficie dental durante 2 años. Los servicios de prótesis fija son un beneficio cubierto una vez por diente cada 5 años. Se cubre un servicio de restauración por diente cada 5 años, que incluye la reconstrucción de núcleo, retención con pasador, poste y núcleo fabricados indirectamente, y cada poste prefabricado adicional. Las coronas prefabricadas son un servicio cubierto una vez por diente cada año.	
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y/o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. Solamente los zapatos terapéuticos y las plantillas para diabéticos están sujetos al deducible del plan dentro de la red. Se aplica el deducible. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en el Capítulo 3, Sección 7 de este documento, encontrará una definición de equipo médico duradero). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web AlignSeniorCare.com.	Después de alcanzar el deducible de la Parte B. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare. Si tiene Medicare y usa oxígeno, alquilará el equipo de oxígeno de un proveedor durante 36 meses. Después de 36 meses, su proveedor debe continuar proporcionando equipos de oxígeno y suministros relacionados durante 24 meses adicionales. Su proveedor debe proporcionar equipos y suministros hasta por un total de 5 años, siempre que tenga una necesidad médica de oxígeno.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de la vida del bebé no nato), un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.	\$90 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de un plazo de 3 días. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su condición de emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Programa de acondicionamiento físico • Dispositivo para dar seguimiento a las actividades • Ejercitación de la memoria • Acondicionamiento físico <u>Acceso a sus beneficios de acondicionamiento físico:</u> Dispositivo para registrar la actividad física El plan se ha asociado con Nations Benefits para ofrecer el beneficio de un dispositivo para registrar la actividad física. Los miembros pueden gastar hasta \$150 cada año en la compra de un dispositivo para registrar la actividad física de marca Fitbit. Los miembros pueden elegir su dispositivo para registrar la actividad física llamando a Nations Benefits al 833-689-1751 o haciendo el pedido en el portal en alignseniorcare.nationsbenefits.com. Ejercitación de la memoria El plan se ha asociado con Brain HQ para ofrecer un programa de salud cerebral basado en la evidencia y en línea para atender su salud cerebral en general. A manera de centro para ejercitar su cerebro, usted puede ejercitar su memoria, capacidad de atención, velocidad cerebral, destrezas para con las personas, inteligencia y sentido de orientación. Puede usar Brain HQ en casi cualquier computadora o dispositivo móvil. Los miembros se pueden inscribir a Brain HQ en Align.brainhq.com o llamando al 888-814-3238. Acondicionamiento físico El plan se ha asociado con Bold para ofrecer una plataforma en línea para acondicionamiento físico y ejercicios que ofrece programación personalizada, clases en vivo y contenido educativo sin costo. Los miembros pueden acceder a Bold a través de cualquier computadora, teléfono o tableta que tenga conexión a Internet. Insíbase en www.agebold.com/alignseniorcare. Si tiene preguntas llame a Servicio al cliente de Bold al 833-701-1545.	\$0 de copago
Beneficio de abarrotes Puede utilizar sus beneficios de pedido de abarrotes por correo en el	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
portal de NationsBenefits, por teléfono con NationsBenefits, a través de un formulario de pedido por correo o en las tiendas minoristas participantes. Tiene un crédito de \$35 todos los meses para gastar en abarrotes y alimentos saludables aprobados por el plan. Puede hacer su pedido: • En línea, visite alignseniorcare.nationsbenefits.com • Por teléfono, llame al 833-689-1751 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. • Por correo, rellene y envíe un formulario de solicitud por correo. • En establecimientos minoristas, utilice su tarjeta para adquirir abarrotes en tiendas minoristas participantes.	\$0 de copago
*Este beneficio está disponible solamente para miembros con determinadas afecciones crónicas. Consulte la lista de afecciones para saber si reúne los requisitos: dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal, enfermedades renales terminales, trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, osteoartritis, hipertensión e hiperlipidemia. Para obtener más información sobre este beneficio, llame al 833-689-1751 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.	
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing: • Exámenes de audición de rutina: un examen cada año • Audífonos: Usted es responsable de cualquier costo restante después de que se aplique el máximo de beneficios del plan.	Exámenes auditivos cubiertos por Medicare: Se aplica el deducible. 20% de coseguro Servicios auditivos no cubiertos por Medicare: Examen de audición de rutina:

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Evaluaciones para el ajuste de audífonos: un ajuste/evaluación de audífonos cada año La compra de audífonos incluye: • 3 consultas de seguimiento durante el primer año a partir de la fecha de ajuste inicial • 60 días de prueba a partir de la fecha de ajuste • 60 baterías al año por audífono (suministro de 3 años) • 3 años de garantía de reparación del fabricante • 1 cobertura de sustitución de un audífono en caso de pérdida, robo o daño (es posible que se aplique un deducible por audífono) • Primer juego de moldes para el oído (cuando sea necesario) Nuestro plan se ha asociado con NationsHearing para proporcionarle servicios auditivos no cubiertos por Medicare. Debe obtener sus audífonos a través de NationsHearing. Llame a NationsHearing al (833) 689-1751 (TTY: 711) o en línea en alignseniorcare.nationsbenefits.com para obtener más información o programar una cita.	\$0 de copago Evaluación de ajuste de audífonos: \$0 de copago Audífonos: hasta \$1,500 para el costo de audífonos que se obtienen a través de NationsHearing cada año. (\$1,500 por ambos oídos combinados)
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.	Usted paga el costo compartido aplicable por cada servicio recibido. Consulte las listas de beneficios de equipo médico duradero y suministros y de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare para conocer cuáles son los montos de los costos compartidos correspondientes. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención de parte de	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
cualquier programa de hospicios certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los cuales tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. <u>En el caso de los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia o servicios no urgentes y estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, su costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como cuando hay un requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para la obtención del servicio, usted solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted pagará el costo compartido correspondiente al pago	pagados por Original Medicare, no por Premier Care (HMO I-SNP).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
por servicio de Medicare (Fee-for-Service) (Original Medicare) <u>En el caso de servicios que están cubiertos por Premier Care (HMO I-SNP) pero no por Medicare Parte A o B: Premier Care (HMO I-SNP) seguirá amparando los servicios cubiertos por el plan que no reciben cobertura de la Parte A o B, sin importar si se relacionan o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto de costo compartido que le corresponde por estos servicios.</u> <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>). Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B, si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra COVID-19. • Otras vacunas, si su salud está en peligro y si cumple con las	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y COVID-19.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados	\$150 de copago cada día por los días 1 al 10 y \$0 de copago cada día por los días 11 al 90 por hospitalización cubierta por Medicare. \$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare. \$0 de copago por días de reserva de por vida. No se aplican los periodos de beneficios de hospital de Medicare. (Consulte la definición de los periodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Para la atención hospitalaria para pacientes internados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que es admitido en el hospital. En el caso de cada hospitalización, tendrá cobertura una cantidad ilimitada de días, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de acuerdo con las reglas del plan. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado e incluyen el día del alta. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. - Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. - Servicios médicos Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También, puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!)</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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 de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i> Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. El costo compartido de observación para pacientes externos está explicado en Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud	\$195 de copago cada día por los días 1 al 8 y \$0 de copago cada día por los días 9 al 90 por hospitalización cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no es aplicable a los servicios de salud mental brindados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	\$658 de copago cada día por los días 1 al 60 para días de reserva adicionales de por vida. No aplican los periodos de beneficio hospitalario de Medicare. (Consulte la definición de periodos de beneficio en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Para la atención de la salud mental de pacientes internados, el costo compartido descrito antes aplica cada vez que sea ingresado al hospital. Los costos compartidos se aplican desde el primer día ingresado e incluyen el día de alta. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos	Cuando termina la cobertura de su hospitalización, cubriremos estos servicios según se describe en las siguientes secciones: Consulte en este documento Servicios de médicos o profesionales, incluidas

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente	consultas en el consultorio del médico. Consulte en este documento las pruebas de diagnóstico, los servicios terapéuticos y los suministros para pacientes externos. Consulte en este documento las pruebas de diagnóstico, los servicios terapéuticos y los suministros para pacientes externos. Consulte en este documento Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. Consulte en este documento las pruebas de diagnóstico, los servicios terapéuticos y los suministros para pacientes externos. Consulte en este documento Dispositivos protésicos y suministros relacionados. Consulte en este documento Dispositivos protésicos y suministros relacionados.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Consulte en este documento Servicios de rehabilitación para pacientes externos.
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no que reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando sea por orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o	Se aplica el deducible. 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico para pacientes externos - Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan - Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia - Medicamentos inmunosupresores, si se encuentra inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos - Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento - Antígenos - Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas - Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) - Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias	El plan ofrece tratamiento escalonado para la Parte B a Parte B. Sus costos por un suministro para un mes de insulina no excederán \$35. El deducible no se aplica. Se aplica el deducible. 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Para quimioterapia, solo se requiere autorización para la aprobación inicial del medicamento.</i>

El siguiente enlace lo llevará a una lista de los medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos al tratamiento escalonado: AlignSeniorCare.com.

También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de medicamentos con receta de la Parte B y de la Parte D.

En el Capítulo 5 se explican los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que usted debe seguir para que sus medicamentos estén cubiertos. Lo que paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan está

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
explicado en el Capítulo 6.	
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan que tienen un trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Se aplica el deducible. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare <i>Se requiere autorización previa.</i>
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare <i>Excepción de autorización: las</i>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. - Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes - Entablillados, yesos, y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones - Análisis de laboratorio - Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes	<i>radiografías no requieren autorización cuando el servicio se presta en un centro de enfermería o en el consultorio del médico. Todos los demás servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos requieren autorización.</i> Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización para servicios radiológicos terapéuticos.</i> Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare <i>No se requiere autorización para servicios de laboratorio, con excepción de las pruebas genéticas, las cuales sí requieren autorización.</i> Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. - Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. Servicios de diagnóstico que no son radiológicos - Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. Servicios radiológicos de diagnóstico, sin incluir radiografías	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>No se requiere autorización para servicios proporcionados en un centro de enfermería o en el consultorio del médico.</i> Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización para servicios radiológicos de diagnóstico.</i>
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se proporcionan para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden para que se le admita a usted como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un	\$100 de copago por estadía por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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 de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias • Servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos • Observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital	Consulte Atención de emergencia. Consulte en este documento Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico. Consulte en este documento Observación hospitalaria para pacientes externos, incluidos Servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos. Consulte en este documento las pruebas de diagnóstico, los servicios terapéuticos y los suministros para pacientes

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención - Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital - Suministros médicos como entablillados y yesos - Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de ser un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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 de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	externos. Consulte en este documento Atención de la salud mental para pacientes externos. Consulte en este documento las pruebas de diagnóstico, los servicios terapéuticos y los suministros para pacientes externos. Consulte en este documento las pruebas de diagnóstico, los servicios terapéuticos y los suministros para pacientes externos. Consulte en este documento Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional certificado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), auxiliar médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. • Servicios prestados por un psiquiatra • Servicios prestados por otros proveedores de salud mental	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada sesión individual cubierta por Medicare. 20% de coseguro por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. \$20 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. \$10 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). - Servicios prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta del habla y del lenguaje - Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare <i>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare <i>Se requiere autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Usted está cubierto para el tratamiento del abuso de sustancias según la cobertura de Original Medicare.	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada sesión individual cubierta por Medicare. 20% de coseguro por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos para pacientes externos Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	Se aplica el deducible. \$75 de copago o 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios prestados en un centro quirúrgico para pacientes externos	\$75 de copago - cirugía para pacientes externos que se realiza en el consultorio del médico 20% de coseguro - todos los demás servicios hospitalarios para pacientes externos, como servicios de cuidados paliativos para pacientes externos. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i> Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Beneficio de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) Los miembros recibirán \$225 de crédito cada tres meses precargado en una tarjeta Flex Card. \$175 de ese monto pueden utilizarse en cualquier artículo de venta libre (OTC). \$50 de ese monto pueden utilizarse solamente en suministros para la incontinencia. Este beneficio estará disponible para los miembros a través de una tarjeta "Flex Card" precargada. Los miembros tendrán acceso al beneficio de abarrotes utilizando la misma tarjeta "Flex Card". Si no usa todo el monto de su beneficio OTC trimestral cuando realice el pedido, el saldo restante se acumulará para el siguiente periodo de beneficio OTC hasta el final del año. Puede hacer su pedido: - En línea: visite AlignSeniorCare.NationsBenefits.com - Por teléfono: llame al asesor de experiencia de los miembros de NationsBenefits al (833) 689-1751 (TTY: 711), durante las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año.	\$0 de copago

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Por correo: llene y devuelva el formulario de pedido que se encuentra en el catálogo de productos de NationsBenefits/AlignSeniorCare. • En una tienda minorista: use su tarjeta prepagada NationsBenefits Supplemental Benefits Mastercard® en tiendas minoristas participantes. Debe activar su tarjeta antes de usar sus beneficios. Puede activar su tarjeta en AlignSeniorCare.NationsBenefits.com/activate. Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-844-305-3879.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo para la salud (mental) del comportamiento que se proporciona en un centro comunitario para la salud mental, un centro de salud que cuenta con los requisitos establecidos a nivel federal, o una clínica rural en donde la atención es más intensa que la que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intensa que la que se ofrece en una hospitalización parcial.	20% de coseguro por día por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico por un proveedor de atención primaria	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación - Consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un especialista - Otros profesionales de la salud - Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico - Determinados servicios de telesalud, incluidos: Servicios de un médico de atención primaria, Servicios médicos de un especialista, Servicios de educación sobre las enfermedades renales, Capacitación para el autocontrol de la diabetes, Sesiones individuales de servicios especializados de salud mental y Sesiones grupales de servicios especializados de salud mental. - Tiene la opción de recibir estos servicios ya sea mediante una consulta en persona o de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud.	Consulte “Cirugía para pacientes externos” que se detalló anteriormente en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables a las visitas a centros quirúrgicos para pacientes externos o en centros hospitalarios para pacientes externos. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. \$0 - \$20 de copago según el servicio cubierto por Medicare Los servicios del médico de atención primaria, los servicios educativos sobre las enfermedades renales y la capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, los servicios de los médicos especialistas y los servicios especializados en salud mental son beneficios de telesalud cubiertos. Usted paga estos montos hasta

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
○ Esto significa que el intercambio electrónico utilizado para el servicio de la Parte B ofrecido como un beneficio de telesalud adicional de MA puede proporcionarse por teléfono, videoconferencia u otras tecnologías vía internet a medida que estén a disposición de los miembros y del proveedor. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: ○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindados por las Clínicas de salud rural y los centros de salud calificados por el gobierno federal (Rural Health Clinics and Federally Qualified Health Centers)	que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos y profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos <u>si</u>: - No es paciente nuevo y - El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y - El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. - Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas <u>si</u>: - No es paciente nuevo y - La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y - La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana - Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico <u>si</u> no es un paciente nuevo - Segunda opinión antes de la cirugía	“Servicios de médicos y profesionales, incluidas consultas en el consultorio médico”). Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos y profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos y profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”). Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos y profesionales, incluidas consultas en el consultorio médico”). Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) - Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores <i>Beneficio complementario</i> Atención adicional de rutina para los pies Se limita a 4 consulta(s) cada año Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. \$0 de copago
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: - Tacto rectal - Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	Se aplica el deducible. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
artificiales, prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta sección).	<i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas que cubre Medicare o por una LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
cáncer de pulmón, pero tener antecedentes de haber sido fumador de tabaco por, al menos, 20 paquetes/años y ser fumador actualmente o bien, haber dejado de fumar en los últimos 15 años y contar con una orden por escrito de parte de un médico o de un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los requisitos que Medicare tiene para estas consultas. <i>Para poder hacerse una prueba de detección de cáncer de pulmón a través de una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para hacerse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, misma que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y una consulta de toma de decisiones compartidas para realizar pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT subsiguientes, la consulta debe cumplir con los requisitos de Medicare.	
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de contraer infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos que tienen un mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Servicios educativos sobre las enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre las enfermedades renales de por vida - Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se tiene acceso a él de manera temporal) - Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). - Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar) - Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. - Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de	Se aplica el deducible. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios se cubrirán como se describe en las secciones siguientes: Consulte en este documento Atención hospitalaria para pacientes internados. Se aplica el deducible. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare Consulte en este documento Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados. Consulte en este documento Agencias de atención médica a domicilio.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos a través de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección, Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada, que suele denominarse SNF, por Skilled Nursing Facility). No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF	\$0 de copago cada día por los días 1 al 20 y \$100 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Periodo de beneficios por estadía. (Consulte la definición de los periodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Para la atención en un centro de enfermería especializada, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa en el centro. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado e incluyen el día del alta. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un periodo de 12 meses, no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios de transporte (que no son de emergencia) Servicios de transporte de rutina de hasta un máximo de 24 viajes cada año. Se considera un viaje para el traslado de un tramo en taxi, camioneta, transporte médico, o servicio de transporte compartido a cualquier lugar relacionado con la salud. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	\$0 de copago
Servicios de urgencia necesarios Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero debido a su circunstancia, no es posible o no es razonable obtener los servicios de proveedores de la	\$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. El copago no se aplica si lo

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios se deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para los servicios de urgencia brindados fuera de la red son los mismos que para los servicios brindados dentro de la red. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.	internan en un hospital dentro de un plazo de 3 días.
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. Se aplica el deducible. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Beneficios complementarios - Un examen de la vista de rutina cada año. - Productos (anteojos y lentes de contacto) incluidos.	Se aplica el deducible. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo. Los beneficios complementarios no tienen copago ni coseguro: - Un examen de la vista de rutina cada año. - Anteojos, lentes de contacto u otros productos para la vista. - Hay un límite de \$225 cada año para productos.
 Bienvenido a la consulta preventiva de Medicare El plan cubre la consulta preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: cubrimos la consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Electrocardiograma cubierto por Medicare después de los Servicios Preventivos de Bienvenido a Medicare	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Se aplica el deducible. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

el plan.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, con excepción de los casos específicos que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse 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 documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		- Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. - Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna situación	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna situación	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No cubiertos en ninguna situación	
Entrega de comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna situación	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los servicios de empleada doméstica incluyen asistencia doméstica básica, incluidas tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna situación	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		• Zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna. Zapato ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación	
Habitación privada en el hospital.		• Solo se cubre cuando es médicamente necesario.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación	

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo se **explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B de Medicare y la cobertura de medicamentos de hospicio, consulte el Capítulo 4.

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada que le da la receta no debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red
--

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (AlignSeniorCare.com) o llamar a Servicios para los miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para tener acceso a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para la Población India Estadounidense Urbana o Tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para los miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

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

El servicio de pedido por correo del plan permite que solicite **al menos un suministro del medicamento**

para 30 días y para no más de 90 días.

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, comuníquese con el centro de llamadas de Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) o consulte la sección de pedidos por correo en nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Si su pedido por correo se retrasa, comuníquese con nuestro centro de llamadas de Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) o llame a Costco Mail Order Pharmacy al 1-800-607-6861 para resolver el retraso u obtener autorización para recibir el medicamento en una farmacia minorista.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o cancelar.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acaben para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o de largo plazo).

1. Su *Directorio de farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Lea la Sección 2.3 para obtener más información.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para los miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca de donde usted vive. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de

la red y el monto que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

- Si necesita un medicamento con receta por una emergencia médica
 - Cubriremos los medicamentos con receta que se dispensen en una farmacia fuera de la red si están relacionadas con la atención de una emergencia médica. En este caso, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solamente el copago o el coseguro) cuando obtenga el medicamento. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo presentando un formulario de reclamación en papel. Si el medicamento con receta está cubierto, lo estará a un precio fuera de la red. Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que nosotros pagaríamos por un medicamento con receta dispensado en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7 se explica cómo solicitar el reembolso al plan).
- Si necesita cobertura mientras está de viaje fuera de la zona de servicio del plan
 - Si está de viaje fuera del área de servicio del plan, pero dentro de Estados Unidos y sus territorios, y se enferma o se le acaban los medicamentos recetados, llame a Servicios para los miembros para encontrar una farmacia de la red en su zona donde pueda obtener sus medicamentos. Si no hay una farmacia de la red disponible, cubriremos los medicamentos con receta que se dispensen en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás normas de cobertura identificadas en este documento. En este caso, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solamente el copago o el coseguro) cuando obtenga el medicamento.
 - Si el medicamento con receta está cubierto, lo estará a un precio fuera de la red. Usted puede ser responsable de pagar la diferencia entre lo que nosotros pagaríamos por un medicamento con receta dispensado en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su medicamento. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo presentando un formulario de reclamación en papel. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7 se explica cómo solicitar el reembolso al plan).

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

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

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

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

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien*, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.

¿Qué *no* se incluye en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos”

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

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye otros medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferida.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de marca no preferida.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos para la atención especializada. Este es el nivel de costo compartido más alto.

Las insulinas se encuentran en el Nivel 3 - medicamentos de marca preferida.

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

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

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

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que le enviamos por vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan ([AlignSeniorCare.com](https://www.AlignSeniorCare.com)). La “Lista de medicamentos” en el sitio web siempre es la más actualizada.

3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Use la herramienta del plan “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) ([AlignSeniorCare.com](https://www.alignseniorcare.com) o llame a Servicios para los miembros). Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que pudieran usarse para tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”. Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con dos por día; tableta en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

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

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Generalmente, un medicamento *genérico o biosimilar intercambiable* tiene el mismo efecto que un medicamento de marca comercial *o que un producto biológico original* y por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca comercial o de un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca comercial o del producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado de la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni el biosimilar intercambiable funcionarán en su caso *O bien*, ha escrito "No se admiten sustituciones" en su receta de un medicamento de marca comercial o de un producto biológico original, *O bien* nos ha informado de la razón médica por la que ni el medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca comercial o el producto biológico original. (La parte que le corresponde a usted del costo puede ser mayor para el medicamento de marca comercial o para el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. A veces, el requisito para obtener autorización por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

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

Limitaciones de la cantidad de medicamento

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

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

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

Existen situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando actualmente o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

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

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

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, esto es lo que puede hacer:

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en**

la “Lista de medicamentos” del plan O ahora debe estar restringido de alguna manera.

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.
- Proporcionaremos un suministro de transición por única vez para 31 días por medicamento, que cubrirá un suministro temporal si usted tiene un cambio en sus medicamentos debido a un cambio en el nivel de atención. Un cambio en el nivel de atención puede incluir:
 - Ingresar o salir de un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)
 - Ser dado de alta de un hospital con destino a su hogar
 - Finalizar una estadía en un centro de atención de enfermería especializada de la Parte A de Medicare
 - Dejar el estado de Hospicio y retomar los beneficios estándares de Medicare
 - Finalizar una estadía en un centro de atención a largo plazo y volver a su hogar
 - Ser dado de alta de un hospital psiquiátrico con un régimen de medicamentos altamente individualizado

Para dudas acerca de un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

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

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del Formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Usted podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

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

Los medicamentos del Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

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

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**
- Sustituir un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la “Lista de medicamentos” durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizaremos nuestra “Lista de medicamentos” en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que le afectan durante el año del plan actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas.
 - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si

actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio

- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios sobre medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - En el caso de estos cambios, debemos enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación en la que se le indique el cambio, o darle un aviso y un suministro en una farmacia de la red para 30 días del medicamento que está tomando.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe colaborar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
 - O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios sobre los medicamentos de la “Lista de medicamentos” que no le afectarán durante este año del plan

Hacemos cambios a la “Lista de medicamentos” que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no aplicará a usted si actualmente está tomando el medicamento al momento en el que se hace el cambio; sin embargo, es posible que los siguientes tipos de cambios no le afectarán sino hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año actual son:

- Pasamos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Imponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido sino hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios que no le afectan. Deberá revisar la “Lista de medicamentos” del siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hubo cambios a alguno de los medicamentos que está tomando que le afecten durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. **Uso para una indicación no autorizada** es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- La cobertura del uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus recetas, el programa “Ayuda adicional” no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre su información de la membresía

Para obtener su medicamento con receta, muestre la información de su membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

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

Si usted no tiene la información de su membresía con usted en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir en farmacia que busquen información de inscripción de su plan.

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

reembolso al plan).

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

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

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

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

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

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los miembros. Si se encuentra en un centro de atención de largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que usted reciba rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesita un medicamento no incluido en nuestra “Lista de medicamentos” o que está restringido de alguna forma?

Consulte la Sección 5.2 sobre suministros temporales o de emergencia.

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

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

En general, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos para controlar las náuseas, laxantes, medicamento para el dolor o medicamentos para controlar la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos

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

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos su cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas de estos medicamentos solo de un médico en particular o de una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme dicha limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando 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. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Treatment, MTM). El programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o que están en un Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento en que debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del Programa de MTM recibirán información sobre el desecho seguro de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También, tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicios para los miembros.

CAPÍTULO 6:

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** Nosotros le hemos enviado un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta), (también denominada Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros, y pida la Cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando usted utiliza la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan para buscar la cobertura para un medicamento (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta refleja un momento preciso en el cual se proporciona un valor estimativo de los costos que se espera que usted pague de su bolsillo. También puede obtener la información proporcionada por la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) llamando a Servicios para los miembros.

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

Hay distintos tipos de costos de su bolsillo para la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

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

receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los gastos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

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

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

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si los efectúan en su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el periodo sin cobertura de Medicare incluidos en sus costos que paga de su bolsillo. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$8,000 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del periodo sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros.

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

- **Lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que recibió incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad llega a \$8,000, se le indicará que ha dejado la Etapa del periodo sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos toda la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Premier Care (HMO I-SNP)?

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta en Premier Care (HMO I-SNP). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa del periodo sin cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

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

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los gastos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de estos gastos, envíenos copias de estos recibos. Estos son algunos ejemplos de situaciones de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una Explicación de beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”), revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea

correcta. Si considera que está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes, el tétanos y las vacunas de viaje. Pagará un deducible anual de \$400 en los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en una farmacia de la red.

Una vez que haya pagado \$400 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5, saldrá de la Etapa del deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta
--------------------	--

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

El plan tiene cinco niveles 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, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye otros medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferida.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de medicamentos de marca no preferida.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos para la atención especializada. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- Nivel 3: Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos una receta que se surte en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

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

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

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

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

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

A veces, el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago. En estos casos, usted pagará el menor precio por el medicamento, en lugar del copago.

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-term care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.) (suministro para hasta 10 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$10	\$10	\$10	\$10
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida)	\$45	\$45	\$45	\$45
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferida)	\$95	\$95	\$95	\$95
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos para la atención especializada)	25%	25%	25%	25%

No pagará más de \$35 para el Nivel 3 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D para las vacunas 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 suministro para el mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

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

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

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

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

- Tenga en cuenta: si los costos del medicamento cubierto son inferiores al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento o el monto del copago, *el que sea menor*.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$30	\$30
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida)	\$135	\$135
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de medicamentos de marca no preferida)	\$285	\$285
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos para la atención especializada)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5.	

No pagará más de \$70 para el Nivel 3 por un suministro para dos meses y \$105 para el Nivel 3 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de \$5,030 para la Etapa de cobertura inicial**.

La Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en usted en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del periodo sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del periodo sin cobertura

Cuando usted está en la Etapa del periodo sin cobertura, el Programa de descuentos durante el periodo sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 25% del precio

negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del periodo sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del periodo sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Cuando llega a este límite de \$8,000, usted sale de la Etapa del periodo sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo.

Etapa del periodo sin cobertura: los requisitos de coseguro no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes, el tétanos y las vacunas de viajes.

No pagará más de \$35 para el Nivel 3 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido para las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas. Algunas vacunas se consideran como beneficios médicos. Otras vacunas se consideran como medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin ningún costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte su “Lista de medicamentos” del plan o contáctese con Servicios para los miembros para conocer los detalles acerca de la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

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

Sus costos de la Parte D dependen de tres elementos:

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

- La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no tienen ningún costo para usted.

2. Dónde obtiene la vacuna.

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

3. Quién le administra la vacuna.

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

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

- A veces, cuando obtiene una vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que le reembolsaremos el costo total de lo que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. En la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

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

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

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

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

- Cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, le reembolsaremos el monto total que haya pagado. Por otras vacunas de la Parte D, le reembolsaremos el monto que usted pagó, menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración).

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

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Por otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, le reembolsaremos el monto total que usted pagó.

CAPÍTULO 7:

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama reembolsar). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por un importe más alto de su parte de los costos compartidos, como se explica en el documento. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

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

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

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

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

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias.

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

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

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

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

del costo.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos lo que ya pagó enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, incluya su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web [AlignSeniorCare.com](https://www.AlignSeniorCare.com) o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Dirección de solicitud de pago

Align Senior Care
PO Box 40
Glen Burnie, MD 21060-0040

Dirección de solicitud de pago de la Parte D

Align Senior Care Manual Claims
PO Box 1039
Appleton, WI 54912-1039

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y la aceptaremos o no****Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o el medicamento o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que no le estamos enviando el pago y cuáles son sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros al 1-844-305-3879. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red del plan para que le proporcione y organice sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en la salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión. No le pedimos que obtenga una remisión para ir a proveedores de la red.

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un periodo razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales. Por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos

con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.

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

Como miembro de Premier Care (HMO I-SNP), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros:

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

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

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

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son

cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.

- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

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

Para saber más sobre instrucciones anticipadas en su estado, comuníquese con California Office of the Attorney General al 1-916-210-6276. A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

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

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante California Office of the Attorney General llamando al 1-916-210-6276.

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

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

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede llamar a **Servicios para los miembros.**
- Puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance**

Assistance Program, SHIP). Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- **Puede llamar a Servicios para los miembros.**
- **Puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- **Puede comunicarse con Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígalos al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
- Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también denominados reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para simplificar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación de riesgo y Organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para solicitar ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, también puede querer ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación se indican dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe utilizar para gestionar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y URL del sitio web.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Para llamar a Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- O visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que apliquen a su situación. La siguiente guía le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (los artículos médicos, los servicios médicos y/o los medicamentos con receta de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar, por lo general nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones es el que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le remite a un especialista que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico puede comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico concreto o se niega a proporcionarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que determinamos lo que cubriremos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos no cubrir un servicio o un medicamento o que ya no estén cubiertos por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede apelar.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y no se siente satisfecho con ella, usted puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 que será evaluada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Si desea más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- En el caso de apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá hacer una apelación de Nivel 2. Encontrará más información sobre las apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 en este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar a Servicios para los miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>).
- Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de

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

Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.

- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro diferentes situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección por separado:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada"

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

si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"

- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios: atención de la salud a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada, y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)*)

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada, o

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

servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Hay normas especiales que aplican a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos, o de las 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Podrá solicitar cobertura *solo* para artículos médicos y/o servicios, no podrá solicitar pagos por artículos y/o servicios que ya haya recibido.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que usaremos los plazos estándares.
 - Explique que, si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.
 - Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

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

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud de un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le damos respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para recibir más información sobre quejas).

Para una decisión de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para recibir más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedir que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar de nuevo la cobertura de atención médica que quiere. Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración del plan**.

Una apelación rápida también se conoce como **reconsideración acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar se lleva a cabo, por lo general, en un plazo de 30 días, o 7 días para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se lleva a cabo, por lo general, en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre la cobertura por la atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, como se indica en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o puede llamarnos.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada podrían ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o que le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información que respalde su apelación.**

Paso 3: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para recopilar más información.

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

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es sobre un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión más rápido si su afección médica así lo requiere.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo convenido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud para una apelación de Nivel 2, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la

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

cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si usted está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B

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

de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de la solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en el plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe aprobar. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicándole su decisión.
 - Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
 - Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea realizar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

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

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para presentar una apelación para el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después de Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre en qué consiste una indicación médicamente aceptada). Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones medicamento con receta cubierto para pacientes externos o medicamento de la Parte D. También utilizamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de Lista de medicamentos cubiertos o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su medicamento no se puede dispensar según aparece en la receta, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que paguemos un monto compartido menor por un medicamento cubierto que está en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicitar que le hagamos un**

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

reembolso. Sección 6.4

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al Formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al Formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”.** Si acordamos cubrir un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a medicamentos en el Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos” se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
 - Si nuestra “Lista de medicamentos” contiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.

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

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 - medicamentos para la atención especializada.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la "Lista de medicamentos" incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o exista la posibilidad de que le causen un efecto adverso o daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

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

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Usted debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar que se le reembolse una decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar podría ocasionar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente se la daremos.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que le brindemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le informe 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. Responderemos a su reclamación en un plazo máximo de 24 horas a partir de su recepción.

Paso 2: solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes enviadas en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible

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

en nuestro sitio web. El Capítulo 2 incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo rechazado se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante puede hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento por fax o correo postal, si es necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le damos respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado ofrecerle dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de esta negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisado por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura**

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

que hemos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los **14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el porqué de nuestra negativa. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto implica volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

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

Paso 2: usted, su representante, su médico o la persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al .** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra

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

decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo**, según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta concederle una apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

Paso 3: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión en un plazo de 24 horas después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión en un plazo de 72 horas después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la Organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza **parte o toda** su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicarle su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si quiere avanzar a la apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días de ser admitido en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*).

Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social, una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Se le explica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.

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

- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso *no significa* que esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
- Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión rápida de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la

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

mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche del día del alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contactemos, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le brinda la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta

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

revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.*Si la organización de revisión la acepta:*

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea proceder con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital?

Término legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.

Paso 2: hacemos una revisión rápida de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

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

Paso 4: si rechazamos su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE (del inglés Independent Review Entity).

La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. También debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o proceder con una apelación de Nivel 3.

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

- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:*
Servicios de atención de la salud a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios cubiertos de atención de la salud a domicilio, atención de enfermería especializada, o atención de rehabilitación en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 **Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**

Término legal

El **Aviso de no cobertura de Medicare** le indica cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- Recibirá un aviso por escrito**, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso por escrito se le indica:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un periodo más prolongado.
- Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió**. Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información

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

sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión del plan de dejar cubrir su atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un periodo más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- 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 entrada en vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía quiere presentar una apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

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

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que ofrece los detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La Organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención de la salud a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un periodo más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada, o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con su apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

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

- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada .

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- Pídanos una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención de la salud a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la

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

fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se le denomina IRE (del inglés Independent Review Entity).

Paso a paso: proceso de Apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su apelación rápida. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada. **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer para continuar con una apelación de Nivel 3.

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

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 **Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá**

Sección 9.1 **Solicitudes de Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	---

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá

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

terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para apelaciones de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.
-----------------------------	---

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o rechaza su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 Solicitudes para apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en

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

cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Juez administrativo o árbitro **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para apelaciones de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para los miembros? ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado a Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? - Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?

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

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que le demos una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• A una queja también se le denomina reclamo. • Otro término para presentar una queja es interponer un reclamo. • Otra forma de decir usar el proceso para quejas es usar el proceso para interponer un reclamo. • A una queja rápida también se le denomina reclamo acelerado.

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja**Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Instrucciones para presentar una queja**
 - Presente una queja verbal llamando a Servicios para los miembros al 1-844-305-3879. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.
 - Envíe una queja por escrito a Apelaciones y quejas a:
Align Senior Care Appeals & Grievances
PO Box 40
Glen Burnie, MD 21060-0040
- **Cuando presente una queja, proporcione la siguiente información:**
 - Su nombre
 - Dirección
 - Número de teléfono
 - Número de identificación del miembro
 - Un resumen de la queja y cualquier comunicación que haya tenido con nosotros anteriormente que esté relacionada con la queja
 - La acción que está solicitando que tomemos
 - Una firma de usted o de su representante autorizado y la fecha. Si la presenta su representante, incluya una declaración autorizándolo a actuar en nombre de usted.
- **Opciones para la revisión rápida de su queja**
 - Puede solicitar una revisión rápida, y trataremos de responder en un plazo de un día si su queja se debe a una de las siguientes circunstancias:
 - Extendimos el plazo para tomar una decisión de la organización/cobertura, y usted cree que necesita una decisión rápida.
 - Rechazamos su solicitud de una decisión de la organización/cobertura de 72 horas.
 - Rechazamos su solicitud de una apelación de 72 horas.
 - Lo más recomendable es llamar a Servicios para los miembros si desea solicitar una revisión de una solicitud rápida de su queja. Si envía su solicitud por correo, le llamaremos para informarle que la recibimos.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.

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

- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos una **respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente con la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Premier Care (HMO I-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Premier Care (HMO I-SNP) puede hacerse de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y los medicamentos con receta y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en cualquier momento

Puede cancelar su membresía en Premier (HMO I-SNP) en cualquier momento.

- Debido a que usted vive en un centro de cuidados, puede cancelar su membresía en Premier (HMO I-SNP) en cualquier momento.
- Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- Su **membresía se cancelará, por lo general**, el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cuándo puede cancelar su membresía:

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- **Llame a Servicios para los miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Premier Care (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en Premier Care (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros. • También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Premier Care (HMO I-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o nuestros servicios de farmacia de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Premier Care (HMO I-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Premier Care (HMO I-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad.
 - Si ya no cumple con el nivel de atención institucional.
 - Si se muda fuera del centro de enfermería o del centro de vida asistida en la red de Premier Care (HMO I-SNP).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Premier Care (HMO I-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Premier Care (HMO I-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o del pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

“Ayuda adicional”: un programa de Medicare o del estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar: es un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una receta nueva para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables cumplen requisitos adicionales que permiten sustituirlos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Cancelar o cancelación de la inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico para pacientes externos: un centro quirúrgico para pacientes externos es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos para pacientes externos a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios después de que pague los deducibles. El coseguro se expresa como un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un servicio o el medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o el medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o el medicamento específico.

Costo de suministro: una cuota que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que el farmacéutico necesita para preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializadas. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o por medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año, alcancen \$5,030.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

está en el Formulario (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Premier Care (HMO I-SNP), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que ha celebrado un contrato con el plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: es un portal o aplicación de computadora en la que las personas inscritas pueden consultar información sobre los formularios y los beneficios de manera completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para la persona inscrita. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección médica que un medicamento en particular y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

con receta cubiertos por el plan.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo definido.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Normalmente, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas de los medicamentos cubiertos de la Parte D por parte del Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo extra que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y de la Parte B. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Medicamento necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización de mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio [Private Fee-for-Service, PFFS] de Medicare): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que a usted le corresponde. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Periodo de beneficios: la manera en que Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El periodo de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un periodo de beneficios haya terminado, comenzará un periodo de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de periodos de beneficios.

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este periodo, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Periodo de inscripción anual: el periodo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Periodo de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que usted puede ser elegible para un Periodo de inscripción especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Periodo de inscripción inicial: cuando puede inscribirse por primera vez a Medicare, el periodo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para recibir Medicare al cumplir los 65 años de edad, su Periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un(a) i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y servicios y ayudas a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales

puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo. Estos centros de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), un centro de atención de enfermería (Nursing Facility, NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados, y/o centros aprobados por CMS que proporcionen servicios de atención médica a largo plazo similares que estén cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o por Medicaid; y, cuyos residentes tengan necesidades y estado de atención de la salud similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo (LTC) específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales de atención crónica (Chronic Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son planes de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) que solo permiten la inscripción al plan a las personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que padecen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, como se definen en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de inscripción según las agrupaciones de múltiples afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente relacionadas que se encuentran especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de necesidades especiales, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos totales combinados que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): los

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

planes de necesidades especiales inscriben a las personas que tienen derecho a recibir tanto Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de cada persona.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: es un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para el periodo sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del periodo sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): su médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con cualquier otro proveedor de atención médica.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *periodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen quejas si su plan no sigue los plazos en el proceso de apelaciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluida alguna queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Área de servicio: área geográfica donde debe residir para poder inscribirse a determinado plan de salud. Para los planes que limitan a los médicos y a los hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Este plan debe cancelar su inscripción si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-305-3879. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-305-3879. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-305-3879。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-305-3879。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-305-3879. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-305-3879. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-305-3879 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-305-3879. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-305-3879 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-305-3879. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-844-305-3879 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे सवास य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी पर न केजवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया पराप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-305-3879 पर फोन करें कोई वयक्तकत जो हिनदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-305-3879. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-305-3879. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-305-3879. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-305-3879. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-305-3879 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Servicios para los miembros de Premier (HMO I-SNP)

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-844-305-3879 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-833-610-2390
ESCRIBA A	Align Senior Care PO Box 40 Glen Burnie, MD 21060-0040 customerservice@alignseniorcare.com
SITIO WEB	AlignSeniorCare.com

California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222 El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora local
TTY	711

Método	California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): información de contacto
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/hicap/

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA): De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.