

2023



Evidencia de cobertura

Centers Plan for Nursing
Home Care (HMO I-SNP)

Aviso de Servicios de Asistencia Lingüística

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 1-877-940-9330 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.
Albanian	Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-877-940-9330 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.
Arabic	لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خطتنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-877-940-9330 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.
Bengali	আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-877-940-9330 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।
Chinese	我們可提供免費口譯服務，回答您在健康或藥物計劃方面的任何問題。如需翻譯服務，只需致電我們的電話：1-877-940-9330 (TTY: 711)。漢語說英語的工作人員可為您提供幫助。這是一項免費服務。
French	Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-877-940-9330 (TTY: 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.
French Creole	Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-940-9330 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.
German	Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-877-940-9330 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.
Greek	Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-877-940-9330 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.
Hindi	हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-877-940-9330 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी/अंग्रेज़ी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।
Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-877-940-9330 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください：1-877-940-9330 (TTY: 711)。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-877-940-9330(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

Polish	Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-940-9330 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portuguese	Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.
Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-877-940-9330 (TTY: 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarlo. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-877-940-9330 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-877-940-9330 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-940-9330 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-877-940-9330 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Aviso de no Discriminación

La discriminación está prohibida por la ley

Centers Plan for Healthy Living, LLC cumple todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en cuanto a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Centers Plan for Healthy Living, LLC no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Centers Plan for Healthy Living, LLC ofrece:

- Servicios y asistencia gratuitos a personas con discapacidades que les impidan comunicarse con nosotros de forma efectiva, tales como:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si requiere estos servicios, contacte a Servicios al Miembro/Participante al 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que Centers Plan for Healthy Living, LLC no ha prestado estos servicios o lo(a) discriminó de alguna otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante nuestro Departamento de Reclamos y Apelaciones:

Por correo: Centers Plan for Healthy Living, LLC
Attn: G&A Department
75 Vanderbilt Avenue
Staten Island, NY 10304- 2604

Por teléfono: 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Por Fax: 1-347-505-7089

Por correo electrónico: GandA@centersplan.com

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Servicios al Miembro/Participante está disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correspondencia o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Este documento le ofrece los detalles de su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Para consultas o información adicional sobre este documento, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-877-940-9330. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

Centers Plan for Healthy Living, LLC ofrece el plan Centers Plan for Nursing Home Care. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se indica “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Centers Plan for Healthy Living, LLC. Cuando se indica “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a Centers Plan for Nursing Home Care).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de Enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación 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 entender sobre:

- Su prima del plan y el costo compartido;
- Sus beneficios de medicamentos recetas;
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más asistencia; y,
- Otras protecciones requeridas por las normas de Medicare.

H6988_003_2023_EOC_1150_C

Índice

Evidencia de cobertura para 2023

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá	8
SECCIÓN 4 Su costo mensual para Centers Plan for Nursing Home Care	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su plan de membresía	15
SECCIÓN 7 ¿Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan?.....	16
CAPÍTULO 2: <i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de Centers Plan for Nursing Home Care (cómo contactarnos y comunicarse con Servicios al Miembro)	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas para sus preguntas sobre Medicare).....	26
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	29
SECCIÓN 6 Medicaid	30
SECCIÓN 7 Información acerca de los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	31
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	33
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro de salud proporcionado por un empleador?.....	34
CAPÍTULO 3: <i>Usar el plan para sus servicios médicos</i>	35
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan.....	36
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica.....	38
SECCIÓN 3 ¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención urgente o durante un desastre?	42
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente por el costo total de los servicios cubiertos?.....	44
SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está bajo un “estudio de investigación clínica”?.....	45

Índice

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para el cuidado de la salud”47

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos.....48

CAPÍTULO 4 *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)* 51

SECCIÓN 1 Comprender los costos de bolsillo en concepto de servicios cubiertos52

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué servicios están cubiertos y cuánto debe pagar.....55

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?96

CAPÍTULO 5 *Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D* 99

SECCIÓN 1 Introducción100

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan100

SECCIÓN 3 Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....103

SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos105

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea?107

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?.....109

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?111

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta113

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales113

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos.....115

CAPÍTULO 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D* 118

SECCIÓN 1 Introducción119

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento121

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra122

SECCIÓN 4 Durante la etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos124

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial el plan paga la parte que le corresponde por costos de medicamentos y usted paga por su parte124

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de transición de cobertura127

Índice

SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	128
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga	128
CAPÍTULO 7: ¿Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos? 131		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	132
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ya ha recibido	134
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos.....	135
CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades 136		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	137
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	143
CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 145		
SECCIÓN 1	Introducción	146
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	147
SECCIÓN 3	¿Qué procesos debe llevar a cabo para solucionar su problema?	147
SECCIÓN 4	Guía de conceptos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.....	148
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	151
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	160
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si a su criterio el médico le otorga el alta demasiado pronto	170
SECCIÓN 8	¿Cómo solicitar que le sigamos brindando cobertura para ciertos servicios médicos si cree que la misma finaliza muy pronto?	177
SECCIÓN 9	Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	184
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes.....	187
CAPÍTULO 10 Cancelar su membresía del plan 191		
SECCIÓN 1	Introducción sobre cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	192
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía con nuestro plan?	192
SECCIÓN 3	¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?.....	193

Índice

SECCIÓN 4	Hasta que su membresía finalice, debe continuar recibiendo sus servicios y medicamentos a través de nuestro plan	194
SECCIÓN 5	Centers Plan for Nursing Home Care debe terminar su membresía con el plan en ciertas situaciones.....	194
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	196
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	197
SECCIÓN 2	Aviso acerca de la no discriminación	197
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	197
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	198

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito actualmente en Centers Plan for Nursing Home Care, que es un plan especializado de Medicare Advantage (“Plan para Necesidades Especiales”)
--------------------	---

Se encuentra bajo la cobertura de Medicare y ha escogido recibir atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare por medio de nuestro plan, Centers Plan for Nursing Home Care.

Centers Plan for Nursing Home Care es un plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan para Necesidades Especiales” de Medicare Advantage), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de salud. Centers Plan for Nursing Home Care está diseñado para personas que viven en una institución (como una residencia geriátrica) o en una comunidad, pero que necesitan un nivel de atención que generalmente se proporciona en una residencia geriátrica.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en tratar con pacientes que necesitan este nivel de cuidados. Como miembro del plan, recibe beneficios adaptados especialmente a sus necesidades y toda su atención se coordina a través de nuestro plan.

La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible y Protección del Paciente (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener su atención médica y los medicamentos recetados. Le explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué debe pagar usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está conforme con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Centers Plan for Nursing Home Care.

Es importante que conozca las normas del plan y los servicios que están a su disposición. Lo invitamos a que dedique algo de tiempo para leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si tiene dudas o inquietudes o simplemente tiene una pregunta, llame a Servicios al Miembro.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Centers Plan for Nursing Home Care cubre su atención médica. Otras secciones de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, así como los avisos que recibe de nuestra parte sobre los cambios a su cobertura o condiciones que afectan la misma. Estos avisos en ocasiones se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que usted esté inscrito en Centers Plan for Nursing Home Care entre el 1 de Enero de 2023 y el 31 de Diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Centers Plan for Nursing Home Care después del 31 de Diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio diferente, después del 31 de Diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Centers Plan for Nursing Home Care cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para obtener la membresía de nuestro plan siempre que cumpla los siguientes requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe cuál es nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y-- sea un ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos
- -- y-- cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de atención que generalmente se proporciona en un asilo de ancianos.

Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en uno de los hogares de cuidado de nuestra red. Consulte el *Directorio de proveedores* del plan para obtener una lista de nuestros hogares de reposo o llame a Servicios al Miembro y solicite que le enviemos una lista. Tenga en cuenta lo

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero espera volver a obtenerla aproximadamente en un (1) mes, usted continúa siendo elegible para ser la membresía a nuestro plan (puede consultar el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información acerca de la cobertura y distribución de costos durante un periodo de consideración de continuación de la elegibilidad).

Sección 2.2	Esta es el área de cobertura para el Centers Plan for Nursing Home Care
--------------------	--

Centers Plan for Nursing Home Care solo está disponible para personas que viven en nuestra área de servicio. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe más adelante.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del Estado de New York: Bronx, Erie, Kings (Brooklyn), Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Queens, Richmond (Staten Island), Rockland, Suffolk y Westchester.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Contáctese con Servicios al Miembro para informarle si tenemos un plan en su área. Cuando se mude, tendrá un Período Especial de Inscripción que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3	Ciudadano de los EE. UU. o condición migratoria lícita
--------------------	---

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de Estados Unidos o tener una condición migratoria lícita en Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Centers Plan for Nursing Home Care si usted no es elegible para seguir siendo un miembro bajo estos términos. Centers Plan for Nursing Home Care debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3

Materiales de membresía importantes que recibirá

Sección 3.1	Tarjeta de membresía del plan
--------------------	--------------------------------------

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para obtener medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esta es una muestra de la tarjeta de membresía para que sepa cómo será la suya:

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

 CENTERS PLAN FOR HEALTHY LIVING A CENTERS HEALTH CARE COMPANY		For Members:		Medical Claims	
Name Mickey Mouse		Member Services		Change Healthcare Payer ID:	
Effective Date 6/1/2021		Phone: 1-877-940-9330		CPHL or CPHL1	
ID # 000123456		TTY/TDD: 1-800-421-1220		Centers Plan for Healthy Living	
Copay PCP \$0		7 Days a week, 8am-8pm		P.O. Box 21033	
Specialist 20%		www.centersplan.com		Eagan, MN 55121	
Medicare		Pharmacy Claims		Claim Inquiry:	
Issuer 80840		MedImpact Healthcare Systems, Inc.		1-844-292-4211, Option 2	
Plan Type I-SNP		P.O. Box 509108		Supplemental Provider Network	
MedicareRx		San Diego, CA 92150-1008		Provided By	
Prescription Drug Coverage		Fax: 1-858-548-1669		MAGNACARE™	
RxBIN 015574 RxPCN ASPROD1		E-Mail: Claims@MedImpact.com			
RxGRP CPL01		Pharmacy Help Desk:			
		MedImpact - 1-888-807-5717			
		CMS H6988-003			

NO debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Centers Plan for Nursing Home Care, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios al Miembro de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros proveedores de la red y proveedores de equipo médico duradero. **Los Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

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 emergencias, 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 Centers Plan for Nursing Home Care autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicios al Miembro.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias enumera nuestra farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que acordaron surtir prescripciones cubiertas para nuestros miembros. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al personal de Servicios al Miembro. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.centersplan.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada acerca de los proveedores o pedirnos que le enviemos el Directorio de farmacias por correo postal. Revise el Directorio de farmacias de 2023 para ver qué farmacias están dentro de nuestra red.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar. Se mencionan los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluidos en Centers Plan for Nursing Home Care. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Centers Plan for Nursing Home Care.

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

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.centersplan.com) o llamar a Servicios al Miembro.

SECCIÓN 4 Su costo mensual para Centers Plan for Nursing Home Care

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima de su Parte B de Medicare mensual (Sección 4.2)
- Prima de beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

La prima de su plan podría ser más baja en algunas situaciones

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y los programas estatales de asistencia farmacéutica. En el Capítulo 2, Sección 7 hay más información sobre este programa. Si usted califica, la inscripción en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* no aplique para usted.** Le

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

enviamos un encarte separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula del subsidio para bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios al Miembro y solicite la “Cláusula LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas con diferentes ingresos. Su copia de *Medicare y Usted 2023* le brinda información sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare 2023”, si tiene dudas. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para el 2023, la prima mensual para el Centers Plan for Nursing Home Care (HMO SNP) será de \$38.90.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar una prima mensual del plan, **debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar 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 tienen la obligación de pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La “cobertura de medicamentos recetados acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá del tiempo que usted permaneció sin cobertura acreditable de la Parte D o de otros medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Cuando se registra por primera vez en Centers Plan for Nursing Home Care, le informamos acerca del monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

Usted **no tendrá** que pagarlo si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- 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 su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. La información se le puede enviar en una carta o en un boletín informativo de su plan. Conserve esta información dado que puede necesitarla si se inscribe posteriormente en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* constituyen una cobertura acreditable de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.

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

- Si pasó más de 63 días sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados desde que fue elegible para inscribirse en la Parte D, el plan tendrá en cuenta los meses completos que estuvo sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes que estuvo sin una cobertura acreditable. Por ejemplo, si está sin cobertura durante 14 meses, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima promedio mensual para los planes de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior. Para el 2023, el monto promedio de esta prima será de \$32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y el monto promedio mensual de la prima y luego redondéelo al múltiplo de 10 centavos más cercano. En este ejemplo, esto sería 14% de \$32.74, lo que es igual a \$4.5836. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se sumaría **a la prima mensual en el caso de alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Existen tres cosas importantes a tener en cuenta acerca de la multa por inscripción tardía en la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años**, debido a que la prima mensual promedio puede cambiar todos los años.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una multa** todos los meses que esté inscrito en un plan que goce de los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente está gozando de los beneficios de Medicare, su multa por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se calculará de acuerdo con únicamente los meses en los que no tuvo cobertura después de su período de inscripción inicial por ser adulto mayor dentro de Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. En términos generales, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió y que establecía que usted debe 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 una revisión de la decisión con respecto a su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción al plan por incumplimiento del pago de la prima.

Sección 4.5 **Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos**

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D y también como IRMAA, por sus siglas en inglés. El cargo adicional se calcula mediante 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 más información sobre el monto adicional que tendría que pagar dependiendo de sus ingresos, ingrese a <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. El monto adicional se retendrá de sus beneficios del Seguro Social, del cheque de beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración del Personal, independientemente de cómo pague habitualmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no alcance para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente como para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar este monto adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, su inscripción al plan será cancelada y perderá su cobertura para medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer más acerca de cómo hacer esto, contacte al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	Existen varias formas en las que puede pagar la prima de su plan
--------------------	---

Existen dos (2) formas en las que puede pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pagos con cheque

Le enviaremos una factura inicial de su multa por inscripción tardía; debe realizar el pago en nuestra oficina a más tardar el día 30 del mes. También le enviaremos facturas y recordatorios mensuales. Los pagos de las multas por inscripción tardía deben enviarse a:

Centers Plan for Healthy Living
Attn: Finance Department
75 Vanderbilt Avenue, Suite 700
Staten Island, NY 10304

Los cheques deben hacerse a nombre de: Centers Plan for Healthy Living. Los pagos con cheque pueden enviarse por correo o entregarse en persona a la dirección proporcionada anteriormente. Se le cobrará una tarifa de \$30.00.

Opción 2: Puede solicitar que la prima del plan sea descontada de su cheque mensual del Seguro Social.

Cambiar la forma en que paga su prima. Si decide cambiar la forma en que paga su prima, pueden pasar hasta tres meses para que el nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, es su responsabilidad asegurarse de pagar a tiempo la prima de su plan. Para cambiar su método de pago póngase en contacto con Servicios al Miembro para informarnos sobre cómo quisiera pagar su multa por inscripción tardía.

¿Qué hacer si tiene dificultades para pagar su prima del plan?

Debe pagar su prima del plan en nuestra oficina antes del día 30 del mes. Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, debe hacerlo en nuestra oficina a más tardar el día 30 del mes. Si no recibimos su pago antes del día 30 del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de su prima dentro de los 30 días. Si es necesario que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe hacerlo para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios al Miembro para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayuden con los gastos.

Si finalizamos su membresía porque no pagó la prima de su plan, tendrá la cobertura de salud de Original Medicare. Además, es posible que no reciba la cobertura de la Parte D hasta el próximo

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

año si se inscribe en un plan nuevo durante el periodo anual de inscripción. (Si no cuenta con una cobertura “acreditable” para medicamentos por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D). Cuando cancelemos su membresía, es posible que todavía nos siga debiendo las primas. Tenemos el derecho de perseguir el cobro de la cantidad que usted debe. En el futuro, si desea inscribirse de nuevo en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada reclamo); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si se le presentó una emergencia que no estaba bajo su control y que ocasionó que no pudiera pagar las primas dentro del periodo de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión de nuevo. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento indica cómo presentar una queja o puede llamar al 1-877-940-9330, entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe hacer su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de culminación de su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en Septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de Enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro califica para “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados, el programa pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede obtener información más detallada sobre el programa de “Ayuda Adicional” en el capítulo 2, sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su plan de membresía

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, inclusive su dirección y número telefónico. Muestra su cobertura específica del plan, incluyendo su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores en la red del plan necesitan contar con la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número telefónico.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ha sido ingresado en un hogar de ancianos.
- Si ha recibido atención en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su persona responsable designada (como el cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios al Miembro.

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Podrá encontrar los números y la información de contacto del Seguro Social en el capítulo 2, sección 5.

SECCIÓN 7 ¿Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan?

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información de su parte sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. El motivo es que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios en virtud de nuestro plan. A esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera todas las otras coberturas de seguro médico y de medicamentos sobre las que tengamos conocimiento. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o tiene otra cobertura que no está enumerada, comuníquese con Servicios al Miembro. Puede necesitar proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Cuando usted tiene otro seguro (tal como cobertura médica grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado el “pagador secundario”, solo paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario podría no pagar todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo al médico, al hospital y la farmacia.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Estas normas aplican para la cobertura de salud colectiva de su empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud colectivo se basa en su empleo actual o el de un familiar, quien paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare por su edad, discapacidad, o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años, es discapacitado y usted o un miembro de su familia está trabajando, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluyendo el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluyendo el seguro de automóvil)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación a los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Centers Plan for Nursing Home Care (cómo contactarnos y comunicarse con Servicios al Miembro)

Cómo comunicarse con Servicios al Miembro del plan

Para obtener asistencia por reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembros, llame o escriba a Servicios al Miembro de Centers Plan for Nursing Home Care. Con gusto le ayudaremos.

Método	Servicios al Miembro: Información de contacto
LLAME AL	1-877-940-9330 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los Servicios al Miembro también cuentan con servicios de interpretación gratuitos, disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-347-505-7095
ESCRIBA A	Centers Plan for Healthy Living Attn: Member Services 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
SITIO WEB	www.centersplan.com

Cómo contactarnos cuando solicita una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-940-9330 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	1-347-505-7089 (para apelaciones) 1-718-581-5522 (para atención médica)
ESCRIBA A	
Para atención médica	Centers Plan for Healthy Living Attn: Utilization Management 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
Para apelaciones	Centers Plan for Healthy Living Attn: Grievance and Appeals 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
SITIO WEB	www.centersplan.com

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-788-2949 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	1-858-790-7100 (para decisiones de cobertura) 1-858-790-6060 (para apelaciones)
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare System, Inc. Scripps Corporate Plaza 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
SITIO WEB	www.centersplan.com

Cómo contactarnos cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros, sobre una de las farmacias o proveedores de nuestra red, incluso, puede presentar una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias sobre cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-940-9330 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	1-347-505-7089
ESCRIBA A	Centers Plan for Healthy Living Attn: Grievance and Appeals 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Centers Plan for Nursing Home Care directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-788-2949 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles para recibir su llamada las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Estamos disponibles para recibir su llamada las 24 horas del día, los 7 días a la semana
FAX	1-858-549-7569
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare System, Inc. Scripps Corporate Plaza Scripps 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Centers Plan for Nursing Home Care directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes**Dónde enviar una solicitud para el pago de nuestra parte del costo de un servicio de atención médica o un medicamento que ha recibido**

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitud de pago: información de contacto
LLAME AL	1-877-940-9330 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-347-505-7095
ESCRIBA A	Solicitud de reembolso de atención médica: Centers Plan for Healthy Living, LLC Attn: Claims Department 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304 Solicitud de reembolso de medicamentos: MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Fax: 858-549-1569 Correo electrónico: Claims@Medimpact.com
SITIO WEB	www.centersplan.com

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid o CMS (*Centers for Medicare & Medicaid Services*, CMS). Esta agencia contrata a las organizaciones de Medicare Advantage, incluyéndonos a nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas del día, los 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas de actualidad sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de reposo, médicos, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare para su estado. Este sitio web de Medicare también contiene información sobre su elegibilidad para ser miembro de Medicare y las opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. Buscador de planes de Medicare: Provee información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos recetados que ofrece Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas suministran un <i>estimado</i> de sus costos de bolsillo en los diferentes planes de Medicare.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	También puede presentar cualquier queja ante Medicare sobre Centers Plan for Nursing Home Care a través del sitio web: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="532 380 1382 625">• Informe a Medicare su queja: Puede enviar una queja sobre Centers Plan for Nursing Home Care directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p data-bbox="483 674 1398 919">Si no tiene computadora, su biblioteca local o centro de atención para ciudadanos de la tercera edad pueden prestarle sus computadoras para acceder a dicho sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información necesita. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas para sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En New York, al SHIP se lo llama Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP).

HIICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los asesores del HIICAP pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del HIICAP también pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes**MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:**

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el medio de la página principal
- Ahora, tiene las siguientes opciones
 - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante del 1-800-MEDICARE**
 - Opción 2: Puede seleccionar su **ESTADO** del menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con números telefónicos y recursos específicos para su estado.

Método	Información de contacto del Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) del Estado de New York
LLAME AL	1-800-701-0501
TTY	711
ESCRIBA A	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program State of New York Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223-1251
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, hay una Organización de Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. Para el Estado de New York, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta.

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

Usted debe comunicarse con Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital termina muy pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de atención médica a domicilio, atención de centros de enfermería especializada o centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan muy pronto.

Método	Livanta: Organización de Mejoramiento de la Calidad del Estado de New York: información de contacto
LLAME AL	1-866-815-5440 El horario de atención es de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 2070
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social se encarga de determinar la elegibilidad y el manejo de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, con discapacidades o que padezcan de una enfermedad renal en etapa terminal y que cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para ser beneficiarios de Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

De igual manera, el Seguro Social es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad extra para la cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social que indica que tiene que pagar una cantidad extra y tiene dudas sobre dicha cantidad o si sus ingresos disminuyeron por algún evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que lo notifique al Seguro Social.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar el servicio telefónico automatizado del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 6 Medicaid**

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a cubrir los costos de servicios médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras que califican (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información acerca de Medicaid y sus programas, contacte al Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales).

Método	Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios sociales): información de contacto
LLAME AL	1-888-692-6116 1-718-557-1399 (Ciudad de New York) De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Si tiene un teléfono de tonos, hay información grabada y servicios automatizados disponibles las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y feriados.
TTY	711
ESCRIBA A	New York Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue, 1st Floor Brooklyn, NY 11238
SITIO WEB	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 7 Información acerca de los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web 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 disminuir los costos de los medicamentos recetados. Para 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 medicamentos recetados para personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si usted califica, puede obtener ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos recetados de cualquiera de los planes de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para sus costos de bolsillo.

Medicare envía por correo una carta a las personas que califican automáticamente para “Ayuda Adicional”. No tiene que solicitarla. Si no califica automáticamente, puede recibir “Ayuda Adicional” para el pago de sus primas y costos de medicamentos recetados. Para ver si califica para recibir “Ayuda Adicional”, comuníquese con:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible 24 horas del día, 7 días de la semana;
- a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- a la Oficina Estatal de Medicaid que corresponda (solicitudes) (consulte la sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si considera que cumple con los requisitos para recibir la “Ayuda Adicional” y cree que está pagando un monto erróneo de costo compartido cada vez que va por su receta a una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para recopilar las evidencias del nivel de copago que le corresponde o para entregarnos esta evidencia, si usted ya cuenta con ella.

- Si necesita ayuda para obtener evidencia del nivel de sus copagos (categoría), puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro. Centers Plan for Nursing Home Care se pondrá en contacto con los CMS en su nombre para solicitar información sobre su elegibilidad. Una vez que obtengamos la información de los CMS, nos pondremos en contacto con usted.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba la siguiente receta en la farmacia. Si paga sus copagos en exceso, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o se lo compensaremos en copagos futuros. Si la

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

farmacia no le ha cobrado un copago y lo mantiene como deuda suya, nosotros podemos pagarle directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si cuenta con la cobertura de un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (*State Pharmaceutical Assistance Program*, SPAP) o en cualquier otro programa que ofrezca cobertura para medicamentos de la Parte D (además del programa “Ayuda Adicional”), usted seguirá recibiendo el 70% de descuento en la cobertura de medicamentos de marca. De igual manera, el plan paga el 5% de los costos de medicamentos de marca en la transición de cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles que padecen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través de ADAP. Para obtener más información, llame a ADAP al 1-800-542-2437.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que se ofrece en su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo una constancia de residencia en dicho estado y la condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado o infrasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica

Muchos estados cuentan con programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades económicas, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para suministrar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Cobertura de seguro farmacéutico para personas de la tercera edad (EPIC, por sus siglas en inglés) (Estado de Nueva York) Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica del Estado de New York: información de contacto
LLAME AL	1-800-332-3742 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla.
ESCRIBA A	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
SITIO WEB	www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficios integrales para los ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, es importante que les notifique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene dudas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o de su grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios al Miembro si tiene preguntas. Puede preguntar sobre beneficios de salud, primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o de su grupo de jubilados. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro están impresos al reverso 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 con este plan.

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

CAPÍTULO 3:

*Usar el plan
para sus servicios médicos*

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para cubrir su atención médica. Brinda definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre cuál atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto tiene que pagar cuando recibe este tipo de cuidados, consulte la tabla de beneficios del capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga usted*).

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

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen acuerdos con nosotros para aceptar nuestro pago y sus cantidades de costos compartidos como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga solo su parte de los costos por sus servicios.
- **“Servicios cubiertos”** incluye la totalidad de la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se encuentran detallados en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

Como plan de salud de Medicare, Centers Plan for Nursing Home Care debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura del mismo.

Centers Plan for Nursing Home Care generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **El cuidado que reciba está incluido en la Tabla de beneficios médicos del plan** (consulte el capítulo 4 de este documento).

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (*primary care provider, PCP*) de la red que debe proporcionar y supervisar su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, el proveedor de atención primaria debe darle autorización previa antes de que pueda usar los otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada, o centros de atención médica a domicilio. Dicha autorización se denomina “remisión”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su PCP para obtener atención de emergencia o servicios requeridos con urgencia. Existen también otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para más información sobre esto, 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 forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos con urgencia que proporciona un proveedor que no se encuentra en la red. Para obtener más información sobre este tema y para averiguar qué significa atención de emergencia o servicios requeridos con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica en la que Medicare requiera que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener una autorización del Plan antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, deberá pagar lo mismo que pagaría si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para atenderse con un proveedor que no se encuentra en la red, consulte la sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio quede temporalmente no disponible o inaccesible. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en 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 dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcionará y supervisará su atención médica
--------------------	--

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

- **¿Qué es un PCP?**
Cuando se hace miembro de Centers Plan for Nursing Home Care, debe escoger un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (Primary Care Physician, PCP). Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como se explica a continuación, su PCP le brindará su atención médica básica o de rutina.
- **¿Qué tipo de proveedores pueden ejercer la función de un PCP?**
Usted puede seleccionar de entre varios tipos de médicos como un PCP. Estos incluyen, por ejemplo, internistas, médicos familiares y ginecólogos que han aceptado atender a nuestros miembros como médicos de atención primaria.
- **¿Cuál es la función de un PCP en su plan?**
Su médico de atención primaria le proporcionará la mayoría de los servicios de atención médica de rutina y preventiva. Su PCP también le ayudará a coordinar la atención médica y servicios adicionales que pueda necesitar, tales como consultas con especialistas, pruebas de laboratorio y de diagnóstico. “Coordinar” sus servicios incluye controlar su atención con otros proveedores del plan y realizar consultas sobre cómo se desarrolla. En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa) por parte de nosotros para ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos.
- **¿Cuál es la función del PCP como coordinador de servicios cubiertos?**
Su médico de atención primaria también lleva su registro médico completo, el cual incluye su historia clínica y quirúrgica, problemas actuales y pasados, medicamentos y documentación de servicios que ha recibido de otros proveedores de atención médica. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus expedientes médicos previos a la oficina de su PCP.
- **¿Cuál es la función del PCP al momento de tomar decisiones u obtener autorizaciones previas (PA)?**
Para varios servicios, es posible que su PCP deba obtener la autorización del plan. Estos incluyen, pero no se limitan a, servicios de proveedores o centros no participantes (por ejemplo, fuera de la red), una admisión electiva al hospital y una admisión directa a un centro especializado de enfermería.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

¿Cómo escoger un PCP?

Como miembro de Centers Plan for Nursing Home Care, debe tener un PCP. Cuando se inscribe en Centers Plan for Nursing Home Care se le solicita que elija un PCP y que escriba el nombre de su PCP en el formulario de inscripción. Si no selecciona un PCP, seleccionaremos uno por usted que esté situado cerca de su lugar de residencia. Para solicitar ayuda de Centers Plan for Nursing Home Care, llame a Servicios al Miembro al número que aparece en la parte posterior de este manual.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. De igual manera, es posible que su PCP se retire de la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un PCP nuevo. Para cambiar su PCP, llame a Servicios al Miembro. Cuando llame, asegúrese de decirle a Servicios al Miembro si está viendo a un especialista u obteniendo otros servicios cubiertos que requerían la aprobación o autorización previa de su PCP (como servicios médicos en el hogar y equipos médicos duraderos). Servicios al Miembro le ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También verificarán para asegurarse de que el PCP al que desea cambiarse esté en nuestra red y acepte nuevos pacientes. Cuando haya elegido al nuevo PCP, Servicios al Miembro cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su PCP nuevo y le dirá cuándo se hará efectivo el cambio. (Los cambios de PCP generalmente se hacen efectivos el mismo día que realiza la solicitud).

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica no requiere la remisión previa de su PCP?
--------------------	---

Puede recibir los siguientes servicios sin necesidad de obtener autorización por adelantado por parte de su PCP.

- Atención médica rutinaria para mujeres, la cual incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de mamas), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se los suministre un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las suministre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia que brinden proveedores que se encuentran dentro o 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 están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible,

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

comuníquese con Servicios al Miembro antes de salir del área de servicio a fin de que podamos hacer las gestiones para que reciba su diálisis regular mientras esté fuera del área).

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

¿Cuál es la función del PCP al referir a miembros a especialistas y otros proveedores?

- Su PCP es la mejor persona para aconsejarle cuándo debe consultar a un especialista. A pesar de que puede consultar al especialista del plan que elija (de la red), su PCP hará su recomendación y le aconsejará como parte de la coordinación de sus necesidades de atención médica. Es posible que necesite autorización previa (una remisión) antes de que usted acuda a otros proveedores de la red del plan. Tiene que pagar su parte del costo si recibe servicios de un especialista del plan.
- Para varios servicios, es posible que su PCP o especialista deba obtener **autorización previa** (aprobación por adelantado) del plan. Estos incluyen, pero no se limitan a, servicios de proveedores o centros no participantes (por ejemplo, fuera de la red), una admisión electiva al hospital y una admisión directa a un centro especializado de enfermería. Consulte la sección 2.1 del capítulo 4, Tabla de beneficios para obtener información sobre cómo solicitar una autorización previa.

¿Cuál es el proceso para la Autorización previa?

- Es posible que necesite una autorización previa para ciertos servicios. Se puede obtener la autorización del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntarle al plan antes de que se brinde un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se realice por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si nuestra respuesta es negativa, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica. En el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) hay más información sobre qué hacer si desea obtener una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que hayamos tomado.
- Si no tiene una determinación avanzada, también se puede obtener la autorización de un proveedor de la red que refiera a un afiliado a un especialista fuera de la red del plan para un servicio; siempre que el servicio no siempre esté explícitamente excluido de la cobertura del plan, como se explica en el Capítulo 4. Consulte la Tabla de beneficios en

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener una lista completa de todos los servicios que requieren autorización previa.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Es posible que durante el año hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan. Si su médico o especialista lo hace, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para darle aviso con por lo menos 30 días de antelación indicándole que su proveedor va a dejar nuestro plan, a fin de que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra bajo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médico necesario y nosotros trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. En estos casos, será necesaria una autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que gestione 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 QIO, una queja sobre la calidad de la atención, reclamo al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 **Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red**

Generalmente, debe recibir tratamiento por parte de los proveedores de la red. Sin embargo, el plan cubrirá la atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red; esto no requiere autorización previa.

Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarla, puede atenderse con un proveedor que no se encuentre en la red. Esto incluye los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare fuera de la red cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Debe comunicarse con nosotros para obtener autorización antes de buscar esta atención. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener cualquier autorización previa necesaria. Si el plan autoriza servicios fuera de la red, su participación en los gastos de los servicios fuera de la red será la misma como si hubiese recibido su atención de un proveedor de la red.

SECCIÓN 3 ¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención urgente o durante un desastre?

Sección 3.1	Recibir atención si tiene una emergencia médica
-------------	---

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de una?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, pérdida de un niño por nacer), pérdida de una extremidad o función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. *No* necesita obtener aprobación o una remisión de su PCP. Usted no necesita utilizar una red de médicos. 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 la licencia estatal correspondiente, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Asegúrese de notificar a nuestro plan sobre su emergencia tan pronto como sea posible.** Nosotros necesitamos hacer seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para notificarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de 48 horas siguientes. Llámenos al 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., disponible los 7 días de la semana.

¿Qué cubrimos si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que otra forma de traslado a la sala de emergencias pueda poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le suministran la atención de emergencia decidirán el momento en que su condición esté estable y haya pasado la emergencia médica.

Cuando pase la emergencia, usted tiene derecho a atención de seguimiento para garantizar que su condición se mantenga estable. Sus médicos continuarán con su tratamiento hasta que se

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su atención de seguimiento será cubierta por nuestro plan.

Si algún proveedor fuera de la red le proporciona su atención de emergencia, intentaremos hacer las gestiones para que los proveedores de la red se encarguen de usted tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede resultar difícil saber si se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ir por atención de emergencia pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decirle que después de todo no era una emergencia. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando haya pensado razonablemente que su salud estaba en peligro, cubriremos la atención médica.

Sin embargo, si el médico confirma que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solamente* si la obtiene de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- – *O* – La atención adicional que reciba se considera “servicios que se necesitan con urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención urgente (para más información sobre este tema consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo recibir atención médica cuando tiene una necesidad urgente por los servicios
--------------------	--

¿Qué son los “servicios requeridos con urgencia”?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y 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 severo 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.

Siempre debe intentar recibir servicios requeridos con urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente, y no es razonable esperar recibir la atención de su proveedor de la red cuando la red está disponible, cubriremos los servicios requeridos con urgencia que le suministre un proveedor fuera de la red.

En la mayoría de los casos, si se encuentra en el área de servicio del plan, cubriremos la atención requerida de urgencia únicamente si recibe esta atención de un proveedor de la red y sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

La “atención necesaria con urgencia” es atención que recibe cuando necesita atención médica para una enfermedad, lesión o trastorno imprevisto, pero su salud no está en peligro serio y usted generalmente está fuera del área de servicio. Los servicios requeridos con urgencia (atención de urgencia) están cubiertos dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Si necesita atención cuando está fuera del área de servicio (pero está en Estados Unidos), su cobertura de atención médica se limita a emergencias médicas, servicios requeridos con urgencia, diálisis renal o servicios que nuestro plan haya aprobado con anticipación.

Si recibe atención que no es de urgencia de proveedores fuera de la red sin autorización previa, entonces debe pagar por la totalidad de los costos, a menos que los servicios sean urgentes y nuestra red no se encuentre disponible o que sean servicios de diálisis fuera del área de atención. Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, envíenos la factura para procesarla y determinar la responsabilidad.

Para acceder a servicios requeridos con urgencia, por favor comuníquese con su PCP o diríjase al centro de emergencias más cercano.

Para obtener más información, revise la Tabla de beneficios en el capítulo 4 de este manual o comuníquese con Servicios al Miembro.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir la atención médica de su plan.

Por favor, visite este sitio web: www.centersplan.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red por el costo compartido dentro de la red. Si no puede acudir a una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del capítulo 5.

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

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

Si ha pagado más que su parte de los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos*

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para más información sobre qué debe hacer.

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

El Centers Plan for Nursing Home Care (plan de atención en una residencia geriátrica) cubre todos los servicios médicos que sean necesarios médicamente, que estén enumerados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Con respecto a los servicios cubiertos con límite de beneficio, debe pagar el costo completo de cualquier servicio luego de que haya usado su beneficio por ese tipo de servicio cubierto.

En el caso de los servicios cubiertos con beneficios limitados, debe pagar el costo total de los servicios que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Para todos los servicios cubiertos por el Plan, sus costos de bolsillo para estos beneficios, después de haber alcanzado el límite, contarán para su límite máximo anual de costos de bolsillo de \$7,550. Puede comunicarse con Servicios al Miembro si desea saber cuánto le queda del beneficio.

SECCIÓN 5 **¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está bajo un “estudio de investigación clínica”?**

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, qué tan bien funcionan un medicamento nuevo contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están a cargo del estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el mismo y comprenda y acepte completamente lo que implica.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

dentro de la red. Sin embargo, necesitará proporcionar documentación para mostrarnos cuánto paga. Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Si bien no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que forma parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los servicios y los artículos de rutina que recibe como parte del estudio, inclusive:

- Habitación y comidas en un hospital que Medicare pagaría, aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio del mismo modo que lo haría si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, usted está obligado a presentar la documentación que muestra cuánto paga por el costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para más información para presentar solicitudes de pago.

A continuación se muestra un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:
Digamos que tiene un examen de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos de este examen es de \$20 bajo Original Medicare, pero el examen costaría \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el examen y usted pagaría \$20 de copago 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 directamente le pagaría \$10. Por lo tanto, su pago de red es \$10, el mismo

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

monto que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Si usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes costos:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio, aunque usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios suministrados con el único fin de recopilar datos y que no se relacionan directamente con el cuidado de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio, si su condición médica normalmente requiriese de una sola tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica al visitar el sitio web de Medicare o al descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies”. (La publicación se encuentra 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), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud?
--------------------	---

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que presta atención para una condición médica que normalmente sería tratada en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra las creencias religiosas de un miembro, nosotros le ofreceremos cobertura de su atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio únicamente se proporciona en relación a los servicios que se les brinda a pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de la salud).

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Sección 6.2 **Cómo obtener servicios de una institución religiosa no médica para la atención de la salud**

Para recibir atención médica de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, usted debe firmar un documento legal que indica que usted se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico que es “no exceptuado”.

- Una atención médica o tratamiento “no exceptuado” es cualquier atención médica o tratamiento que sea *voluntario* y *no sea obligatorio* por ninguna ley local, estatal o federal.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es la atención médica o tratamiento que recibe que *no es voluntario* o *es obligatorio* bajo una ley local, estatal o federal.

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

- El centro que preste la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de servicios que usted reciba está limitado a aspectos *no religiosos* de la atención médica.
- Si los servicios que recibe de esta institución le son prestados en un centro de atención, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o la atención de centros de enfermería especializada.
 - –Y– es indispensable obtener la aprobación previa por parte de nuestro plan antes de ingresar a la institución o no se cubrirá su hospitalización.

Se aplican límites de cobertura de Medicare para atención médica de pacientes hospitalizados. Para obtener más información, revise la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 **¿Usted será el propietario de su equipo médico duradero después de efectuar un cierto número de pagos de acuerdo con lo dispuesto por nuestro plan?**

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones a electricidad, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenados por un proveedor para su uso en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son propiedad del miembro. En esta sección, discutiremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser propietarios de estos luego de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Centers Plan for Nursing Home Care, por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos de DME rentados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de que se uniera a nuestro plan. Bajo algunas circunstancias muy limitadas le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

¿Qué ocurre con los pagos que ha hecho por equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Original Medicare a fin de ser propietario del mismo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuenta.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de obtener el artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Por lo tanto, vuelve a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos previos (ya sean de nuestro plan o de Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para los equipos, los suministros y el mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Centers Plan for Nursing Home Care cubrirá:

- Renta de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y complementos relacionados para el suministro de oxígeno y los contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona Centers Plan for Nursing Home Care o ya no requiere médicamente el equipo de oxígeno, dicho equipo debe devolverse al propietario.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted renta el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma compañía o irse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza nuevamente.

CAPÍTULO 4

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

SECCIÓN 1 Comprender los costos de bolsillo en concepto de servicios cubiertos

Este capítulo ofrece una Tabla de beneficios médicos que detalla sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Centers Plan for Nursing Home Care. Posteriormente, encontrará información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones de ciertos servicios.

Sección 1.1	Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos
--------------------	---

Para entender la información sobre pagos de este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- El **“deducible”** es un monto que usted debe pagar por servicios médicos, antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte. (La sección 1.2 contiene más información sobre su deducible del plan). (La sección 1.3 contiene más información sobre sus deducibles para determinadas categorías de servicios).
- Un **“copago”** es una cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos de la sección 2 contiene más información sobre sus copagos).
- **“Coaseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Paga un coaseguro en el momento que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos de la sección 2 contiene más información sobre sus coaseguros).

La mayoría de las personas que califican para la cobertura de Medicaid o para el programa de Beneficiario de Medicare calificado (*Qualified Medicare Beneficiary, QMB*) nunca deben pagar deducibles, copagos o coaseguros. Asegúrese de mostrarle su comprobante de elegibilidad de Medicaid o de QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2	¿Cuál es su deducible del plan?
--------------------	--

Su deducible es \$226. Hasta que haya pagado el monto del deducible, usted tendrá que pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte del costo de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (el monto de su copago o coaseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible no aplica para algunos servicios. Esto quiere decir que pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios aun cuando usted no haya terminado de pagar su deducible. El deducible no aplica para los siguientes servicios:

- Atención médica para pacientes hospitalizados

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

- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
- Centro de enfermería especializada
- Emergencia o atención de urgencia
- Servicios preventivos
- Medicamentos recetados de la Parte D

Sección 1.3 Nuestro plan también tiene un deducible aparte para ciertos tipos de servicios

Además del deducible del plan que se aplica a todos sus servicios médicos cubiertos, también tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.

El plan tiene un monto deducible para los siguientes tipos de servicios:

- Nuestro monto deducible para los servicios de hospitalización es de \$1,600. Hasta que haya pagado el monto del deducible, tendrá que pagar el costo total por los servicios de Hospital para pacientes hospitalizados. Una vez que usted haya pagado el deducible, nosotros pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte (su copago) durante el resto del año calendario. Tanto el deducible del plan como el deducible para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados se aplican a sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos. Esto significa que una vez que cumpla con el deducible del plan o el deducible para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados.
- Nuestro monto deducible para los servicios psiquiátricos de pacientes hospitalizados es de \$1,600. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de los servicios psiquiátricos como paciente hospitalizado. Una vez que usted haya pagado el deducible, nosotros pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte (su copago) durante el resto del año calendario. Tanto el deducible del plan como el deducible para los servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes hospitalizados se aplican a sus servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos. Esto significa que, una vez que cumpla con el deducible del plan o el deducible para los servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes hospitalizados, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de sus servicios psiquiátricos hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados.

Sección 1 ¿Cuál es el máximo que pagará por un servicio médico cubierto?

Como se encuentra inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite del monto que debe pagar por costos de bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que cubre

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

nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de costos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es de \$7,550.

Las cantidades que paga por deducibles, copagos y coaseguro por servicios cubiertos dentro de la red se toman en cuenta para el monto máximo de costos de bolsillo. Las cantidades que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de costos de bolsillo de \$7,550, ya no tendrá que pagar de su bolsillo durante el resto del año si se trata de un servicio cubierto dentro de la red. Sin embargo, deberá continuar pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 1.5	Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren “facturación de saldo”
--------------------	---

Como miembro de Centers Plan for Nursing Home Care (HMO SNP), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su cantidad de gastos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, es decir, que le “facturen el saldo”. Esta protección aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación se explica cómo funciona esta protección.

- Si su gasto compartido es un copago (una cantidad fija de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted pagará únicamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
 - Si un proveedor de la red le presta un servicio cubierto, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso (según se haya determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si un proveedor fuera de la red que participa con Medicare le presta el servicio cubierto, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios prestados por proveedores fuera de la red únicamente bajo ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando obtiene una remisión, o para emergencias o servicios que se requieren con urgencia).
 - Si un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare le presta un servicio cubierto, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios prestados por proveedores fuera de la red únicamente bajo ciertas

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

circunstancias, por ejemplo, cuando obtiene una remisión, o para emergencias o servicios que se requieren con urgencia).

- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", comuníquese con Servicios al Miembro.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué servicios están cubiertos y cuánto debe pagar

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

La Tabla de beneficios médicos que encontrará en las siguientes páginas enumera los servicios que Centers Plan for Nursing Home Care cubre y lo que usted paga de costos de bolsillo por cada servicio. La Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos serán cubiertos únicamente cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- Los servicios que cubre Medicare deben ser provistos de acuerdo con las pautas establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluso atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.
- Recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no será cubierta a menos que sea atención de emergencia o una urgencia o a menos que su plan o proveedor de red les hagan una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle autorización previa antes de que usted acuda a otros proveedores de la red del plan. Dicha autorización se denomina “remisión”.
- Algunos de los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (lo que a veces se llama “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado aparecen en **negrita** en la Tabla de beneficios médicos.

Otros detalles importantes sobre nuestra cobertura:

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

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


que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su Manual de *Medicare y Usted 2023*. También puede revisarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Podemos ofrecerle todos los servicios de cuidado preventivo que están cubiertos por Original Medicare sin costo alguno para usted; también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también está recibiendo tratamiento o control por una afección médica preexistente durante la visita en que recibe el servicio preventivo, aplicará un copago en concepto de la atención recibida por la afección médica preexistente.
- Si Medicare suma cobertura por cualquier nuevo servicio durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.
- Si se encuentra en el período de un mes de consideración de elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos proporcionándole beneficios cubiertos de todos los planes, y sus montos de costo compartido no cambian durante este período.



Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.



Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Es un ultrasonido de diagnóstico que se realiza una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica le proporcionan una remisión para dicho examen.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>




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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none">• aquel que dura 12 semanas o más;• dolor inespecífico; sin una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);• no está asociado con una cirugía; y• no está asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos de proveedores:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley)) pueden proveer servicios de acupuntura de acuerdo con los requerimientos del estado aplicables.</p> <p>Los asistentes de los médicos (PA), los enfermeros calificados (NP), los enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proveer servicios de acupuntura si cumplen con los requerimientos del estado aplicables y poseen:</p> <ul style="list-style-type: none">• una maestría o un doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y• una licencia actual, completa, activa y no restringida para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o una mancomunidad (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. <p>El personal auxiliar que provea servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen traslados en avión, helicóptero y terrestres al centro apropiado más cercano que pueda prestar la atención, solo si son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan.• El transporte en ambulancia por servicios médicos regulares es adecuado si hay evidencia de que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es médicamente requerido. <p>Se requiere autorización para el servicio de ambulancia que no es de emergencia</p>	<p>Coaseguro del 20% por cada servicio de ambulancia terrestre y aérea cubiertos por Medicare</p> <p>Si está internado en el hospital dentro de las 24 horas después de presentarse la emergencia, se exonera el coaseguro.</p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede hacerse una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una consulta de “Bienvenido a Medicare” para que le cubramos su consulta anual de bienestar si ha tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por la consulta anual de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para individuos que califiquen (suelen ser personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia de ser médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, lo que incluye una interpretación médica de los resultados.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por las mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más• Examen clínico de mama cada 24 meses	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Cubrimos programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación para miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p>
<p> Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico quizás le recomiende el uso de aspirina (de ser apropiado), medirá su presión arterial y le dará consejos para asegurarse de que se está alimentando correctamente.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva relacionada con la enfermedad cardíaca.</p>
<p> Exámenes de detección de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de padecer una enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertos una vez cada 5 años.</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos son cubiertos una vez cada 24 meses• Si usted tiene un alto riesgo de padecer cáncer vaginal o de cuello uterino o si está en la edad reproductiva y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvico cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. <p>Se requiere remisión</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% por los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario como una alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prueba de sangre oculta en heces con base en guayacol (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT)• Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, PIF) <p>Revisión colorrectal con base en el ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección (o examen de enema de bario como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tengan alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección.	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los exámenes de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:</p> <p><u>Odontología preventiva</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Examen bucal (una vez al año)• Limpieza dental (profilaxis) (una vez al año)• Radiografías dentales (una vez al año) <p>Cubrimos servicios odontológicos cubiertos por Medicare, que son determinados servicios odontológicos (cubiertos por Medicare) que usted recibe cuando está en el hospital y pagaremos las estadías en el hospital (cubiertas por Medicare) si necesita un procedimiento dental complicado o de emergencia.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios odontológicos preventivos</p> <p>No hay copago ni coaseguro para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare</p>
<p> Evaluación de cuadros depresivos</p> <p>Cubrimos una evaluación de cuadros depresivos por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o remisión.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a la visita anual en la que se realice el examen de detección de depresión.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta evaluación (incluye exámenes de glucosa en ayunas) si padece de cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de azúcar alta en la sangre (glucosa). También podemos dar cobertura a las pruebas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener un historial familiar de diabetes.</p> <p>Con base en los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible a los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de diabetes, servicios diabéticos y suministros</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (que usan o no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para monitorear su glucemia: Monitor de glucemia, tiras reactivas para la glucemia, equipos de lancetas y lancetas y soluciones de control de glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y monitores.• Para las personas que padecen diabetes y tienen pie diabético grave: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluye las plantillas que vienen con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales; o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles que no fueron hechas a la medida y que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye ajustes de calzado.• La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones. <p>Se requiere una autorización para la capacitación para el autocontrol de la diabetes</p>	<p>Coaseguro del 20% por cada insumo para la diabetes cubierto por Medicare</p> <p>Coaseguro del 20% para zapatos para diabéticos cubiertos por Medicare</p> <p>Se aplican límites de cantidad a los insumos para diabéticos que no son de la Parte D:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si usted usa insulina, cubrimos hasta 150 tiras reactivas y 150 lancetas cada 30 días.• Si usted no usa insulina, cubrimos hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas cada 90 días. <p>Los insumos y los servicios para la diabetes se limitan a un fabricante específico, Abbott Diabetes Care No hay copago por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (La definición de “equipo médico duradero” se encuentra en el capítulo 12 y en el capítulo 3, sección 7, de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones a electricidad, suministros para diabéticos, camas de hospital encargadas por un proveedor para ser usadas en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andador. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no posee una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede ordenarlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.centersplan.com.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% por los DME y suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de un 20% por cada mes.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en Centers Plan for Nursing Home Care realizó el pago del alquiler durante 36 meses para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Centers Plan for Nursing Home Care es del 20%.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo para tales servicios dentro de la red.</p>	<p>Coaseguro del 20% o hasta un máximo de \$90 por cada consulta a la sala de emergencias</p> <p>Si está internado en el hospital dentro de las 24 horas después de presentarse la emergencia, se exonerará el coaseguro.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia con proveedores fuera de la red y necesita hospitalización después de que la emergencia médica se haya estabilizado, debe tener una autorización por parte del personal del plan para ser hospitalizado con proveedores fuera de la red y el costo que usted pagará será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Estos son programas centrados en condiciones de salud tales como presión arterial elevada, colesterol, asma y dietas especiales. Los programas diseñados para enriquecer la salud y los estilos de vida de los miembros incluyen manejo del peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés.</p> <p>Servicio cubierto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre salud 	<p>No existe ningún copago para cada servicio de educación para la salud</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de audición y de equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico son cubiertas como atención ambulatoria cuando las suministra un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen auditivo de rutina, una vez al año• Ajuste/evaluación de audífonos, una vez cada tres años• Audífonos, una vez cada 3 años por hasta \$500 por oído	<p>No existe ningún copago para cada servicio de audición cubierto por Medicare</p> <p>No existe ningún copago por exámenes de audición de rutina, adaptación/evaluación para audífonos o audífonos</p>
<p> Pruebas de detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen un riesgo incrementado de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para el examen de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención por parte de agencias para el cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y ordenará que se presten por parte de una agencia para el cuidado de la salud en el hogar. Debe estar imposibilitado para salir, lo que significa que dejar su casa implicaría un gran esfuerzo.</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada y de asistencia de atención en el hogar, a tiempo parcial o intermitente (para que estén cubiertos bajo el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistencia de atención en el hogar deben sumar en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla• Servicios médicos y sociales• Equipos y suministros médicos <p>Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún copago para cada servicio de salud en el hogar cubiertos por Medicare</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, entre ellos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención.• Capacitación y educación para pacientes que no estén de otro modo cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero• Monitoreo remoto• Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% para cada servicio cubierto</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos si su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han comunicado un diagnóstico de enfermedad terminal en el que se le informó que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses de vida o menos si la enfermedad continúa su curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a buscar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización MA posee, controla o tiene un interés económico. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor• Cuidado de relevo a corto plazo• Atención domiciliaria <p>Cuando usted es ingresado en cuidados paliativos, tiene el derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en su plan, debe seguir pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de atención en un centro de cuidados paliativos y para los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare que están relacionados a su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará al proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A o Parte B relacionados con su condición terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor del centro de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare los servicios que cubre Original Medicare. Se le cobrará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare y que no están relacionados a su diagnóstico terminal:</u> Si necesita un servicio que no es una emergencia ni es urgente, que está cubierto según la Parte A o B de Medicare y que no está relacionado con su diagnóstico terminal, su costo por dichos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si debe obtener autorización previa).</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios y los de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Centers Plan for Nursing Home Care.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Si recibe el servicio cubierto de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo debe pagar el monto de costo compartido del plan por servicios dentro de la red• Si recibe el servicio cubierto de un proveedor fuera de la red, debe pagar el costo compartido bajo el pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para los servicios cubiertos por Centers Plan for Nursing Home Care, pero no por la Parte A o B de Medicare: Centers Plan Nursing Home Care continuará brindando los servicios cubiertos por el plan que no se cubren bajo la Parte A o B, sin importar si están relacionados a su diagnóstico terminal. Usted paga la cantidad de costo compartido por estos servicios.</u></p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si los medicamentos no están relacionados con su condición de cuidados paliativos terminales, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de cuidados paliativos terminales, entonces paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el capítulo 5, sección 9.4 (¿Qué pasa si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare?)</u></p> <p>Nota: Si necesita atención médica convencional (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), debe contactarnos para programar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para las personas que tengan enfermedades terminales y que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	<p>Copago de \$0 por un servicio de consulta de cuidados paliativos por única vez para una persona con una enfermedad terminal y que no ha elegido su beneficio de cuidados paliativos.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas antigripales, una cada temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario.• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un alto riesgo o un riesgo intermedio de contagiarse con hepatitis B• Vacuna contra el COVID-19• Otras vacunas, si usted es un paciente de riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas establecidas en nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B y el COVID-19.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención médica para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye cuidados intensivos, rehabilitación, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención hospitalaria comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior al que es dado de alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de cuidado especial (como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario) • Fármacos y medicamentos • Exámenes de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios de hospitalización por abuso de sustancias 	<p>Los montos que usted paga por cada período de beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,600 de deducible; • \$0 por día, desde el día 1 hasta el 60; • \$400 por día, desde el día 61 hasta el día 90; • \$800 por día (denominados “días de reserva vitalicia”) desde el día 91 en adelante • Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos <p>Un periodo de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún servicio de hospitalización (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.</p> <p>Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención médica para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Bajo ciertas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: corneal, de riñón, reno-pancreático, de corazón, de hígado, de pulmón, cardiopulmonar, de médula ósea, de células madre e intestinal o multivisceral. Si usted necesita un trasplante, nos encargaremos de que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es o no candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de la red para trasplantes están fuera del modelo de atención de la comunidad, usted puede elegir si recibe los servicios de trasplante en una ubicación cercana, siempre que los proveedores locales de trasplante acepten la tarifa de Original Medicare. Si Centers Plan for Nursing Home Care suministra servicios de trasplante en una ubicación fuera del modelo de atención de trasplantes en su comunidad y usted elije recibir el trasplante en ese lugar, nosotros coordinaremos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante.• Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita.• Servicios médicos <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta ficha informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva vitalicia". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de su hospitalización se limitará a 90 días. Si le autorizan una hospitalización en un hospital fuera de la red después de que su emergencia haya sido controlada, usted pagará la misma cantidad de costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>



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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios a pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren de hospitalización.</p> <p>Nuestro plan tiene un límite de por vida de 190 días para servicios en un hospital psiquiátrico. El límite no aplica para los servicios como paciente hospitalizado provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Los montos que usted paga por cada período de beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$1,600 de deducible;• \$0 por día, desde el día 1 hasta el 60;• \$400 por día, desde el día 61 hasta el día 90;• \$800 por día (denominados “días de reserva vitalicia”) desde el día 91 en adelante• Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos <p>Un periodo de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún servicio de hospitalización (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de beneficios.</p> <p>No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estadía de paciente hospitalizado: Los servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una estadía de hospitalización no cubierta</p> <p>Si agotó sus beneficios de hospitalización o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapias y terapias con radioisótopos, incluso los servicios y materiales técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos de prótesis y de ortopedia (excepto los odontológicos) que reemplazan, en forma total o parcial, un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo) o la función de este debido a que se encuentra inoperativo o está fallando permanentemente. También están incluidos los repuestos y las reparaciones de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; fajas; y piernas, brazos y ojos artificiales. También se incluyen los ajustes, las reparaciones y los repuestos necesarios por daños, desgaste, pérdida o debido un cambio de la afección física del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla <p>Se requiere autorización</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio con un médico de atención primaria</p> <p>Coaseguro del 20% por cada consulta con un especialista</p> <p>Coaseguro del 20% para procedimientos, pruebas y análisis de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>Coaseguro del 20% para servicios de radiología terapéutica y diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>Coaseguro del 20% por aparatos de prótesis cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional cubiertos por Medicare</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, insuficiencia renal (del riñón, pero sin diálisis) o luego de un trasplante de riñón si lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación individualizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año posterior. Si cambia su condición, tratamiento o diagnóstico, podría tener derecho a recibir más horas de tratamiento, siempre y cuando cuente con la orden de un médico. Un médico debe prescribir dichos servicios y renovar su orden anualmente, si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.</p>	<p>No se aplica ningún coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios MDPP serán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio en el comportamiento de la salud que proporciona capacitación práctica para cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos que conlleva mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos los cubre la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p>	<p>Coaseguro del 20% para todos los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare. Se aplicarán las reglas de Terapia escalonada para algunos medicamentos.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o quirúrgicos ambulatorios.• Medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan• Factores de coagulación que se autoadministra a través de una inyección, si usted padece de hemofilia.• Medicamentos inmunosupresores, si usted estuviera inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano.• Medicamentos inyectables contra la osteoporosis si no puede salir de su casa, tiene una fractura que un médico certifica que estuvo relacionada con el hecho de tener osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse dicho medicamento.• Antígenos• Algunos medicamentos antineoplásicos orales y para las náuseas.• Algunos medicamentos para la diálisis en casa, incluyendo heparina, el antídoto para heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa)• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades primarias de inmunodeficiencias. <p>En el siguiente enlace se encuentra una lista de los Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la Terapia escalonada: www.centersplan.com/plans</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de la Parte B y la Parte D sobre medicamentos recetados.</p> <p>En el capítulo 5 se explican los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para cubrir sus recetas.</p> <p>En el capítulo 6 se explica lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p> <p>Se requiere autorización</p>	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Cubrimos esta orientación si la recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para la evaluación y terapia preventiva de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumos de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU.• Dispensación y administración de medicamentos del MAT (si corresponde)• Asesoría para el uso de sustancias• Terapia grupal e individual• Pruebas de toxicología• Actividades de admisión• Evaluaciones periódicas <p>Se requiere autorización</p>	<p>No existe ningún copago o coaseguro para los servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Radioterapias (radio e isótopos), incluso los suministros y materiales técnicos• Suministros quirúrgicos, tales como vendajes• Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones• Exámenes de laboratorio• Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. <p>Se requiere autorización para todos los servicios radiológicos de diagnóstico y terapia, excepto para las radiografías.</p>	<p>Coaseguro del 20% para pruebas de diagnóstico, análisis, radiografías y servicios de radiología cubiertos por Medicare</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, a usted se le considera un paciente ambulatorio y debe pagar las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta ficha informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, Las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% por servicios hospitalarios de observación para pacientes cubiertos por Medicare</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para paciente ambulatorio</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que reciba en el Departamento Ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios realizados en una sala de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria.• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.• Atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento con hospitalización sin esta atención.• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.• Suministros médicos como férulas y yesos.• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, a usted se le considera un paciente ambulatorio y debe pagar las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta ficha informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, Las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% por servicios hospitalarios de observación para pacientes cubiertos por Medicare</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especializada clínica, enfermera practicante u otro profesional de servicios de salud mental calificado por Medicare como se permite bajo las leyes estatales aplicables.</p> <p>Se requiere una autorización para la asistencia ambulatoria de Salud Mental provista por un doctor de medicina que se especialice en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales (por ejemplo, un psiquiatra).</p>	<p>Coaseguro del 20% para la atención de salud mental ambulatoria cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</p> <p>Podrá recibir los servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio en los siguientes lugares: en departamentos ambulatorios de un hospital, en consultorios de terapeutas independientes y en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF).</p>	<p>No existe ningún copago ni coaseguro para cada sesión individual o grupal cubierta por Medicare</p>
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Servicios ambulatorios no residenciales proporcionados para el tratamiento de dependencia de drogas o alcohol, sin el uso de farmacoterapias. Los servicios pueden incluir servicios ambulatorios intensivos (cuidados durante todo el día por siete días), así como también asesoría tradicional (una o unas pocas horas por día, por lo general semanal o quincenalmente).</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% para cada sesión individual o grupal cubierta por Medicare</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio y en centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si lo van a operar en un hospital, consulte con su proveedor para saber si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. Salvo que el proveedor escriba una orden para ingresarlo al hospital, usted está en el hospital en calidad de paciente ambulatorio y debe pagar su parte del costo compartido por cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un “paciente ambulatorio”.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% para cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare</p> <p>Coaseguro del 20% por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se presta como un servicio hospitalario ambulatorio o en un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos, lo que incluye las visitas al consultorio de su médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otra instalación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Los exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para verificar si necesita tratamiento médico • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciban diálisis en un centro de diálisis renal de un hospital o un hospital de acceso crítico, en un centro independiente de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, no importa dónde se encuentre. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno de uso de sustancias o un trastorno de salud mental simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita mediante telesalud ○ tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones de lo mencionado anteriormente en ciertos casos. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por consultorios médicos rurales (<i>Rural Health Clinics</i>) y centros de salud calificados federalmente (<i>Federally Qualified Health Centers</i>) • Chequeos virtuales (por ej., por teléfono o videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y 	<p>No hay copago por cada consulta con un médico de atención primaria</p> <p>Coaseguro de 20% por cada consulta con un especialista</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos, los que incluyen las visitas al consultorio de su médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">○ El chequeo no está relacionado con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días y○ El control no deriva en una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la fecha disponible más inmediata● Evaluación del video o las imágenes que le envíe a su médico y la interpretación y el seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas <u>si</u>:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días y○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más cercana disponible● Consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o del registro de salud electrónico● Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de que se realice una cirugía.● Cuidado odontológico no rutinario (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, recolocación de fracturas de mandíbula y otros huesos faciales, extracción odontológica para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para cáncer neoplásico o servicios que serían cubiertos cuando los preste un médico)	


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Atención podológica de rutina para los miembros que tengan determinadas afecciones médicas que les afecten los miembros inferiores. • Dos (2) visitas de cuidado de rutina para los pies cada 3 meses 	<p>Coaseguro del 20% por cada consulta de podología cubierta por Medicare</p> <p>Coaseguro del 20% por cada consulta de rutina de podología</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Prueba del Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para un examen anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (aparte de los odontológicos) que reemplacen completa o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Dichos aparatos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, fajas, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo un <i>brassiere</i> quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados a las prótesis, y la reparación y/o remplazo de las mismas. También incluye cierta cobertura seguida de la eliminación de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener más información revise “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% por aparatos de prótesis y suministros relacionados cubiertos por Medicare</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Cubrimos programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o severa y que tienen una remisión, del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica, para recibir rehabilitación pulmonar.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Coaseguro del 20% por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare</p>
<p> Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación para el abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si su evaluación es positiva para el abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones cortas de orientación individual por año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), prestadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de evaluación y orientación cubierto por Medicare para reducir el abuso del alcohol.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para los individuos que califican, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no presentan señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de fumador de al menos 20 paquetes al año y que fuman actualmente o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden escrita para una LDCT durante una sesión de asesoría y toma de decisiones compartida sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón, y que cumplan con los criterios de Medicare para tales sesiones, y que estas se realicen por un médico o un profesional calificado que no sea médico.</p> <p><i>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden escrita para una prueba de detección de cáncer de pulmón LDCT, la cual puede proporcionarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o un profesional calificado que no sea médico. Si un médico o profesional calificado que no sea médico decide proporcionar una sesión de asesoría y toma de decisiones compartida sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la sesión debe cumplir con los criterios de Medicare para tales sesiones.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para las sesiones de asesoría y toma de decisiones compartidas o LDCT cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Evaluación de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y orientación para prevenirlas</p> <p>Cubrimos evaluaciones de infecciones de transmisión sexual (ETS) por clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con alto riesgo de contraer una ETS, cuando estas evaluaciones sean ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de orientación de alta intensidad cada año, de 20 a 30 minutos cada una, para la modificación de la conducta de adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer una ETS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las realiza un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No se aplican coaseguros, copagos o deducibles para el servicio para la evaluación de detección de ETS cubierto por Medicare y asesoría para prevenirlas.</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones relativas a su atención basadas en información. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando los indica su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio se encuentra temporalmente inaccesible o no disponible).• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado para hospitalización en un hospital de cuidado especial)• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude en los tratamientos de diálisis en el hogar)• Equipos y suministros de diálisis en el hogar• Ciertos servicios de asistencia en el hogar (como visitas de especialistas en diálisis para hacer una verificación de su diálisis en el hogar, prestar ayuda en casos de emergencias y controlar sus equipos de diálisis y suministro de agua, según sea necesario). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de educación renal cubierto por Medicare</p> <p>Coaseguro del 20% por servicios de diálisis cubiertos por Medicare</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (La definición de “atención de centros de enfermería especializada” se encuentra en el capítulo 12 de este documento. En ocasiones, a los centros de enfermería especializada se les denomina “SNF”).</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere estadía previa en el hospital Algunos de los servicios cubiertos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluso dietas especiales.• Servicios de enfermería especializada• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidado (incluye sustancias que están naturalmente presentes en su cuerpo, como factores de coagulación sanguínea).• Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y los glóbulos rojos empacados empieza con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar los costos por las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar la sangre usted mismo o que otra persona la done para usted. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos comenzando con la primera pinta utilizada.• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF• Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF• Uso de equipos tales como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF• Servicios de médicos/profesionales <p>Generalmente, recibirá su cuidado SNF en un centro de la red. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias enumeradas a continuación, usted puede pagar los costos compartidos dentro de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un hogar de reposo o comunidad para ancianos con asistencia continua donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando en dicha institución se preste atención de centros de enfermería especializada).• Un SNF donde su cónyuge está viviendo al momento en que usted recibe el alta.	<p>Copago de \$0 por cuidados de enfermería profesional cubiertos por Medicare</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cese del consumo de cigarrillos y tabaco (orientación para dejar de fumar cigarrillos o tabaco)</p> <p><u>Si fuma tabaco, pero no tiene síntomas o señales de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos orientaciones para intentar dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada sesión de orientación para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas individuales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que pueda ser afectado por el tabaco:</u> cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos correspondientes. Cada sesión de orientación para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas individuales.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare de cese de consumo de cigarrillos y tabaco.</p>


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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>Se cubre el SET para miembros que sufran de enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) y cuenten con una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estar compuesto por sesiones de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de capacitación-ejercicios terapéuticos para EAP en pacientes con claudicación.• Realizarse en un entorno de servicios ambulatorios en un hospital o en un consultorio médico.• Ser brindado por personal auxiliar calificado que se asegure de que los beneficios excedan el daño, así como que esté capacitado en terapia de ejercicio para EAP.• Estar bajo supervisión directa de un médico, médico asistente o enfermero profesional/enfermero clínico especialista entrenado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>Una vez pasadas las 36 sesiones durante el periodo de 12 semanas, puede que se ofrezca cobertura SET para unas 36 sesiones adicionales durante un periodo de tiempo extendido si un profesional de la salud lo considera necesario.</p> <p>Se requiere autorización</p>	<p>Copago de \$0 para cada sesión SET cubierta por Medicare</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios requeridos con urgencia</p> <p>Los servicios requeridos con urgencia se prestan para tratar una enfermedad médica, lesión o afección inesperada que no constituyen una emergencia y que requieren atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o razonable recibir servicios de proveedores de la red. Los ejemplos de los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red que el plan debe cubrir son</p> <p>i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios. Si, debido a sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica mediante un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios requeridos con urgencia por parte de un proveedor fuera de la red.</p>	<p>Coaseguro del 20% por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare hasta un máximo de \$60 por consultas de atención de urgencia.</p> <p>Si es admitido en el hospital dentro de las siguientes 24 horas con la misma condición, se exonera el coaseguro.</p>
<p> Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto.• En el caso de las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos de 65 años o más.• Para personas con diabetes, se cubre un prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, que incluye el implante de una lente intraocular (si tiene dos operaciones diferentes de cataratas, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos anteojos luego de la segunda).	<p>Copago de \$0 para cada servicio de la vista cubierto por Medicare</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre una única consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su estado su salud, así como educación y orientación acerca de los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes y vacunas) y, de ser necesario, remisiones para recibir otro tipo de atención.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” únicamente dentro de los primeros 12 meses en que tiene la cobertura de la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, notifique en el consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla siguiente incluye los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos únicamente bajo determinadas condiciones específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos (no están cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto en los casos específicos que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no son cubiertos por nuestro plan, y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es, si se apela por el servicio y se determina: a través de un proceso de apelación, que el servicio es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto en virtud de una situación específica. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hayamos adoptado de no cubrir un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9 de este documento).

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

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento del funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción del seno luego de una mastectomía, así como el seno no afectado para producir un aspecto simétrico.
<p>Cuidado de custodia.</p> <p>El cuidado de custodia es el cuidado que no requiere de la atención continua por parte de un personal médico o paramédico entrenado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por Original Medicare que no son aceptados de manera general por la comunidad médica.</p>		<p>Puede ser cubierto por Original Medicare según un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el capítulo 3, sección 5 para obtener mayor información acerca de los estudios de investigación clínica).</p>
Honorarios por la atención cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.	✓	
Cuidados de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	

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

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Entrega de comidas a domicilio	✓	
Servicios de ama de casa, que incluyen asistencia básica en el hogar, como preparación de comidas o tareas domésticas livianas.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para piernas y están incluidos en el costo de este aparato. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos de venta libre.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Examen de la vista de rutina, lentes, queratometría radial, cirugía LASIK y otras ayudas para personas con una visión reducida.		Se cubren el examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una operación de cataratas.
Servicios considerados como no razonables o no necesarios, según los estándares de Original Medicare.	✓	

CAPÍTULO 5

*Uso de la cobertura del plan para
los medicamentos recetados de la
Parte D*

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo explica las normas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos de Medicare.

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

El plan normalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando cumpla las siguientes reglas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (un médico, un odontólogo u otro proveedor que expida recetas) que le haga una receta válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que le receta el medicamento no debe estar en las listas de exclusión de Medicare.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la sección 3, *Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que ha recibido aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o aval de determinados libros de referencia. (Consulte la sección 3 para obtener más información acerca de las indicaciones médicamente aceptadas).

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

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

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una farmacia de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos recetados 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 su *Directorio de farmacias*, visitar nuestra página web (www.centersplan.com) o llamar a Servicios al Miembro.

Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que usted ha estado usando deja la red?

Si la farmacia que frecuenta abandona la red del plan, será necesario que encuentre una farmacia nueva que esté dentro de la red. Puede comunicarse con Servicios al Miembro o usar el *Directorio de farmacias* para encontrar otra farmacia de la red en su área. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.centersplan.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en farmacias especializadas. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) cuenta con su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Farmacias que prestan servicios para el servicio de salud para indígenas, grupos tribales y el programa de salud para indígena urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos norteamericanos o nativos de Alaska puede utilizar estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que despachan medicamentos que están restringidos por la FDA en ciertos lugares o que requieren de una manipulación especial, coordinación del proveedor o educación para su uso. (**Nota:** Este escenario ocurre pocas veces).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios al Miembro.

Sección 2.3 Uso del servicio de encargo por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de encargo por correo son los que usted toma de manera regular debido a una condición médica crónica o prolongada. Los

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos que *no están disponibles* a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan se indican con una “NM” en nuestra Lista de Medicamentos.

Nuestro servicio de encargo por correo del plan le exige ordenar **un suministro de 90 días**.

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus prescripciones por correo, llame a nuestra farmacia de pedidos por correo, MedImpact Direct (también conocida como Birdi), al 1-855-873-8739 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite su sitio web en www.medimpactdirect.com. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y sábados de 9 a.m. a 5 p.m.

Normalmente, recibirá la receta solicitada por correo en un plazo máximo de 14 días. Si hay una demora en la recepción de su medicamento de pedido por correo, comuníquese con nuestro Servicio de asistencia farmacéutica al 1-888-807-5717 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una anulación por única vez para recibir su medicamento en una farmacia local.

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

Luego de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de salud, se comunicará con usted para verificar si necesita que se surta el medicamento inmediatamente o en otro momento. Es importante que responda cada vez que sea contactado por el establecimiento farmacéutico para informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Resurtido de prescripciones de encargo por correo. Para resurtir, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se acabe su receta actual para asegurar que el próximo pedido se envíe a tiempo.

Sección 2.4	¿Cómo puede obtener suministro prolongado de medicamentos?
--------------------	---

Cuando tiene un suministro prolongado de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece una manera de obtener un suministro prolongado (también se le llama “suministro extendido”) de medicamentos “de mantenimiento” en nuestra lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular por una condición médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias de venta al por menor en nuestra red le permiten obtener suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica en cuáles farmacias de nuestra red puede obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento mediante el programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la sección 2.3.

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

Su receta podrá estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero comuníquese con Servicios al Miembro** para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca. Es muy probable que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

- Estas son las circunstancias en las que cubriríamos sus medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red: Si no puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna dentro del área de servicio porque una farmacia de la red no está a una distancia razonable en automóvil que preste servicio las 24 horas, o
- Si está intentando surtir un medicamento recetado que una farmacia de la red accesible no tiene disponible con regularidad (incluyendo medicamentos de alto costo y medicamentos únicos).

En estos casos, primero comuníquese con Servicios al Miembro para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro están impresos al reverso de este manual). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo se solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, normalmente tendrá que pagar el costo completo (en lugar de su costo compartido normal) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestro costo compartido. (La sección 2.1 del capítulo 7 explica cómo solicitarle un reembolso al plan).

SECCIÓN 3

Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan

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

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

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre que cumpla con las reglas explicadas en este capítulo y el uso del medicamento corresponda a una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento o *bien*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los cuales se ha recetado.
- o respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano, y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre con la marca registrada del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) son denominados productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede ser un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y normalmente cuestan menos. Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información al respecto, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento determinado en la lista de medicamentos. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay tres formas para averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le hemos enviado electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.centersplan.com). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, algunas normas especiales restringen cómo y dónde los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de esas restricciones aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro de menor costo funciona tan bien de acuerdo al criterio médico como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para animarlo a usted y a su proveedor a usar la opción de menor costo.

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 diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y se pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez al día frente a dos veces al día, pastilla frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones aplican?

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

Si existe una restricción para el medicamento que usted toma, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán realizar trámites adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Comuníquese con Servicios al Miembro para saber qué es lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que lo eximamos de

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

la restricción, necesitará seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte la sección 6.2 del capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción)

Restricción de medicamentos de marca cuando una versión genérica esté disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona tan bien como un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no surtirá efecto en su caso, *O* ha escrito “No sustituir” en su receta para un medicamento de marca, *O* nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que son tratamiento para la misma condición surtirán efecto en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo podría ser mayor por el medicamento de marca que por el medicamento genérico).

Obtención de una aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se llama “**autorización previa**”. Esto se implementa con el fin de garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no ser cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requerimiento lo motiva a probar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que pruebe primero el Medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente es llamado “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede recibir de un medicamento cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora diaria para cierto medicamento, podríamos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora diaria.

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea?

Sección 5.1 Existen pasos a seguir si su medicamento no está cubierto de la forma en que usted desea
--

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que esté tomando o uno que usted o su proveedor consideran que debería estar tomando, que no forma parte de nuestro formulario o que figura en nuestro formulario bajo ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en lo absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta pero la versión de marca que usted desea no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura para ese medicamento, como se explica en la sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que hace a su costo compartido más costoso de lo que usted pensaba que sería.
- Existen alternativas en el caso de que su medicamento no esté cubierto de la manera en que usted desea. Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la sección 5.2 para averiguar qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que usted considera que debería ser, revise la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estos son las opciones:

- Podría obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que elimine las restricciones de su medicamento.

Podría obtener un suministro temporal del medicamento

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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 está restringido de cierto modo.**

- **Si 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 año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su prescripción está hecha para menos días, permitiremos surtir varias unidades para proveerlo por un máximo de 30 días de suministro de medicamentos. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Por favor observe que la farmacia del centro de cuidado a largo plazo puede suministrar el medicamento en menores cantidades para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 31 días y residen en un centro de cuidado prolongado y necesitan suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos, si su receta está escrita para menos días. Este suministro es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.

Si alguno de los siguientes cambios en las características de los niveles de cuidados aplica para usted, podría estar autorizado para recibir un suministro de transición del medicamento que está tomando actualmente:

- Si usted se muda de un centro de cuidado prolongado a un hospital u otras instalaciones.
- Si usted se retira de un centro de atención prolongada para regresar a su hogar.
- Si usted es dado de alta de un centro especializado de enfermería.

Los cambios en el nivel de cuidado que se listan anteriormente son solo algunas de las razones por las cuales podría calificar para un suplemento de transición, para obtener más información contáctese con el Servicio de Asistencia de la farmacia al 1-888-807-5717 (usuarios de TTY llamar al 711), siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios al Miembro.

Durante el tiempo que use un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se termine. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro y solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en la que a usted le gustaría que estuviese cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando va a ser eliminado del formulario o será restringido de alguna manera para el próximo año, le avisaremos sobre cualquier cambio antes del año siguiente. Puede solicitar una excepción antes de que termine el año y le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de soporte de quien le prescribe el medicamento). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que entre en vigencia el cambio.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el capítulo 9, sección 6.4, le explicamos cómo hacerlo. Este explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al inicio de cada año (1 de Enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios a la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Remplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

de forma regular. Abajo describimos las ocasiones en que podría recibir avisos directos si se realizan cambios a un medicamento que usted consume.

Los cambios en la cobertura de sus medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos).**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menores restricciones. Podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o añadir nuevas restricciones, o ambos, cuando se agrega el nuevo genérico.
 - Podríamos no informarle con anticipación antes de hacer el cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca actualmente. Si toma el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos. Este también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Puede que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted y su proveedor pueden solicitar que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces se considera que un medicamento no es seguro o se saca del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - Su proveedor también se enterará de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que, una vez iniciado el año, hagamos otros cambios que puedan afectar el medicamento que está tomando. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido, o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar cambios basados en las advertencias en el recuadro de la Administración de Medicamentos y Alimentos (*Food and Drug Administration*, FDA) o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Para hacer estos cambios, debemos darle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o brindarle un aviso del cambio y un suministro de 30 días del medicamento que está adquiriendo de una farmacia de la red.
- Después de que reciba el aviso de cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier restricción nueva en el medicamento que está tomando.
- Usted y su proveedor pueden solicitar que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podemos hacer ciertos cambios a la Lista de medicamentos que no estén descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento al momento de realizar el cambio; sin embargo, es posible que los cambios lo afecten a partir del 1 de Enero del siguiente año si usted permanece en el mismo plan.

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más elevado.
- Le ponemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurren cualquiera de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto por su salida del mercado, porque un medicamento genérico reemplace a un medicamento de marca, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de Enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente usted no verá ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional para su uso del medicamento.

No le avisaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá revisar la Lista de medicamentos del año siguiente del plan (cuando esté disponible la lista en el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que usted toma que lo afectarán durante el año siguiente del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Ello significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si usted compra medicamentos que están excluidos, deberá pagar por ellos. Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión, consulte el capítulo 9).

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

- La cobertura de nuestro plan para los medicamentos de la Parte D no puede incluir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El “uso fuera de lo indicado” es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el “uso no indicado en la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano y el Sistema de información DRUGDEX.

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

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o de síntomas del resfrío
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el incremento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios por los cuales el fabricante requiere que se le compren exclusivamente pruebas o servicios de control asociados como condición de venta

Además, si usted **recibe “Ayuda Adicional”** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda Adicional” no pagará los medicamentos que no están cubiertos normalmente. Sin embargo, si usted tiene cobertura de medicamentos mediante Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que, por lo general, no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid del estado

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

para determinar la cobertura de medicamentos que tiene a su disposición. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1	Provea su información de membresía
--------------------	---

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se encuentra en la tarjeta de membresía, a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo del medicamento. Será necesario que usted pague a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su receta.

Sección 8.2	¿Qué pasa si no lleva consigo su información de membresía?
--------------------	---

Si no lleva consigo su información de membresía del plan cuando va a surtir su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta al recogerla si la farmacia no puede obtener la información necesaria. (Luego puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la sección 2.1 del capítulo 7, para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

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

Sección 9.1	¿Qué ocurre si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?
--------------------	---

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente le cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que abandone el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que los mismos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2	¿Qué ocurre si usted es residente de un centro de cuidado prolongado (LTC)?
--------------------	--

Normalmente, un centro de cuidado prolongado (LTC) (como un hogar de reposo) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de cuidado prolongado, podrá obtener medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que ellos usen, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Revise su *Directorio de farmacias* para determinar si la farmacia de su centro de cuidado prolongado o la que ellos usen forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios al Miembro. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que sea capaz de recibir de manera regular sus beneficios de la Parte D a través de una farmacia de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué ocurre si usted es residente de un centro de cuidado prolongado (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si tiene alguna restricción?

Consulte la sección 5.2 sobre los suministros temporales o de emergencia.

Sección 9.3	¿Qué pasa si también está recibiendo cobertura de medicamentos de parte de su empleador o un plan grupal de jubilados?
--------------------	---

Si actualmente tiene otras coberturas de medicamentos recetados a través de su empleador (o del de su cónyuge) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupal. Esto significa que su cobertura colectiva pagará primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es “acreditable”.

Si la cobertura del plan grupal es “acreditable”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos, es decir que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Conserve ese aviso sobre la cobertura acreditable, ya que puede necesitarlo en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido cobertura acreditable. Si no ha recibido el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia de su administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo de jubilados, o del empleador o el sindicato.

Sección 9.4	¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?
--------------------	--

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos (p. ej., contra las náuseas, laxante, para el dolor o la ansiedad) que no está cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que le receta el medicamento o del proveedor de su centro de cuidados paliativos, donde se indique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos al recibir estos medicamentos que deberían tener cobertura de nuestro plan, solicite al proveedor de su centro de cuidados paliativos o al profesional que receta el medicamento que proporcionen la notificación antes de pedirle a la farmacia que surta su receta.

En caso de que revoque su elección del centro de cuidados paliativos o se le dé el alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos según se explica en este documento. Para prevenir cualquier demora en la farmacia cuando termine su beneficio en el centro de cuidados paliativos de Medicare, lleve su documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura
--

Hacemos revisiones del uso de los medicamentos por nuestros miembros, para garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. Además evaluamos nuestros expedientes de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales tales como los siguientes:

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

Si vemos un posible problema en su uso de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a asegurar que nuestros miembros usen de manera segura los opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted usa medicamentos opiáceos que recibe de diversos médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis por opiáceos reciente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos es adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas recetados no es seguro, es posible que limitemos las formas en las que puede obtener esos medicamentos. Si lo asignamos al Programa de Manejo de Medicamentos (DMP), las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todas las prescripciones de sus medicamentos opiáceos o con benzodiazepina de una determinada farmacia
- Solicitarle que obtenga todas las prescripciones de sus medicamentos opiáceos o con benzodiazepina de un determinado médico
- Limitar la cantidad de los medicamentos opiáceos o con benzodiazepina que cubrimos para usted

Si planeamos limitar su forma de obtener estos medicamentos o qué cantidad puede obtener, le enviaremos un aviso con anticipación. El aviso explicará las restricciones que pensamos que deben aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la restricción, usted y el proveedor que lo prescribe tienen el derecho de presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos 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. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo ubicará en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con cáncer o enfermedad de células falciformes si está recibiendo cuidados terminales, paliativos o para el fin de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Farmacoterapia (*Medication Therapy Management*, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa fue creado

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

por un equipo de farmacéuticos y médicos para que ayudemos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o son parte de un DMP para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden darle una descripción integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y algún otro problema o preguntas que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de recomendaciones que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de su medicación. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros que sean parte del MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista de recomendaciones y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que acuda a un hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el mismo y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios al Miembro.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus
medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Recibe ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si se encuentra en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un encarte separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula del subsidio para bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios al Miembro y solicite la “Cláusula LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Use este capítulo junto con el resto de los materiales que explican su cobertura de medicamentos
--------------------	---

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, cuando en este capítulo decimos “medicamento” nos referimos a medicamento recetado de la Parte D. Tal como se explica en el capítulo 5, no todos los medicamentos corresponden a 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, es necesario que conozca qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando recibe medicamentos cubiertos. En el capítulo 5, se explican estas reglas en las secciones 1 a 4.

Sección 1.2	Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por medicamentos cubiertos
--------------------	--

Existen diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres maneras en las que se le puede solicitar un pago.

- El “**deducible**” es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan empiece a pagar su parte.
- El “**Copago**” es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El “**Coaseguro**” es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3	¿Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo?
--------------------	---

Medicare tiene normas que determinan qué cuenta y qué *no* cuenta como costos de bolsillo. Estas son las normas que debemos acatar para hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo

Los costos de bolsillo pueden incluir los pagos que se listan a continuación (siempre que sean medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5 de este manual):

- El monto que paga por medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
 - La Etapa de transición de cobertura
- Cualquier pago realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare distinto antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si es **usted** quien hace estos pagos, estos están incluidos en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si fueron hechos en su nombre **por alguna otra persona u organización**. Esto incluye pagos por medicamentos pagados por un amigo o un familiar, por organizaciones de caridad, por el Programa de Asistencia en Medicamentos contra el SIDA, por un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal que esté calificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos hechos por el Programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Están incluidos algunos de los pagos hechos por el programa Medicare Coverage Gap Discount Program. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no está incluido el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$7,400 en costos de bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de transición de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

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

- Prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan en cuanto a cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, lo que incluye los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos que realiza el plan por sus medicamentos de marca o genéricos durante la Transición de cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos que son realizados por planes de salud grupales, incluidos planes de salud de empleadores.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos de medicamentos realizados por terceros con la obligación legal de pagar costos de recetas (por ejemplo, indemnización del trabajador).

Si alguna otra organización, como las que se mencionan anteriormente, paga por una parte o por todos sus costos de bolsillo por medicamentos, usted está obligado a informárselo a nuestro plan llamando a Servicios al Miembro.

¿Cómo puede hacer el seguimiento de su desembolso total?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando alcanza el total de \$7,400, este informe le notificará que ha abandonado la Etapa de transición de cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La sección 3.2 le informa qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre qué ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago por medicamentos para los miembros de Centers Plan for Nursing Home Care?
--------------------	---

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados bajo Centers Plan for Nursing Home Care. El monto que pague dependerá de la fase en la que se encuentre cuando le surtan o resurtan una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de transición de cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura catastrófica

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no pagó su deducible.

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

Sección 3.1	Usted recibe un informe mensual llamado la “Explicación de beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)
--------------------	--

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha hecho cuando sus recetas son surtidas y repuestas en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle el momento en que haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hay dos tipos de costos en particular a los que hacemos seguimiento:

- Llevamos un control de la cantidad que ha pagado. Esto se llama costo de “bolsillo”.
- Llevamos un registro de sus “**costos totales por medicamentos**”. Se trata del monto que paga de su bolsillo o que pagan terceros en representación suya 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 parte D EOB incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe incluye los detalles de pago de las recetas que usted adquirió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que paga el plan y lo que paga usted y otras personas en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de Enero.** A esto se le denomina información "hasta la fecha". Esto muestra los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales por los mismos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, así como información sobre los aumentos de precio desde el primer suministro para cada reclamación de receta de la misma cantidad.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos
--------------------	---

Para hacerle seguimiento a los costos de sus medicamentos y los pagos que usted hace por ellos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Aquí le mostramos cómo usted puede ayudarnos a mantener la información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que estamos al tanto de las recetas que está surtiendo y de lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar la totalidad del costo de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacerle seguimiento a sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo, deberá entregarnos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando adquiera un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forme parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realice un copago por medicamentos que se entregan conforme al programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - En cualquier momento en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en las que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si a usted se le cobra un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague su parte del costo. Consulte el capítulo 7, sección 2, para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo).
- **Envíenos la información sobre otros pagos que haya realizado.** Los pagos realizados por ciertos otros individuos y organizaciones también cuentan para los costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia en medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para indígenas y la mayoría de las organizaciones de caridad cuentan como sus costos de bolsillo. Lleve registro de estos pagos y enviémoslos para que podamos hacer el seguimiento de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando usted recibe la “EOB de la Parte D”, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que se omitió algo, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro. Asegúrese de conservar estos registros.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 4 Durante la etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta del año. Cuando usted está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto del deducible de su plan, que es de \$505 para el 2023. Generalmente, el “**costo total**” es menor que el precio completo normal del medicamento, puesto que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos, usted pasa de la etapa del deducible a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial el plan paga la parte que le corresponde por costos de medicamentos y usted paga por su parte

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (su monto de copago o coaseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar en donde surte su receta.

Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtenga:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no esté dentro de la red del plan Nosotros cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.5, para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de encargo por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas farmacias y el surtido de sus recetas, consulte el capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

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

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

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago y el coaseguro depende del nivel de costo compartido.

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

Su parte del costo cuando recibe el suministro para *un mes* de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido para cuidados prolongados (long-term care, LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
Nivel				
Medicamentos genéricos:	Copago de \$0, \$1.45, \$4.15 o no más del 25% de coaseguro por receta*	Copago de \$0, \$1.45, \$4.15 o no más del 25% de coaseguro por receta*	Copago de \$0, \$1.45, \$4.15 o no más del 25% de coaseguro por receta*	Copago de \$0, \$1.45, \$4.15 o no más del 25% de coaseguro por receta*
Todos los demás medicamentos	Copago de \$0, \$4.30, \$10.35 o no más del 25% de coaseguro por receta*	Copago de \$0, \$4.30, \$10.35 o no más del 25% de coaseguro por receta*	Copago de \$0, \$4.30, \$10.35 o no más del 25% de coaseguro por receta*	Copago de \$0, \$4.30, \$10.35 o no más del 25% de coaseguro por receta*
*El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda Adicional”				

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

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

Si recibe menos de un mes de suministro de determinados medicamentos, no tendrá que pagar el suministro de todo el mes.

- Si usted es responsable del coaseguro, debe pagar un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si tiene que pagar un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en lugar de un mes entero. Le calcularemos el monto que usted paga por día de medicamento (la “tasa diaria de costo compartido”) y lo multiplicaremos por el número de días que recibe el medicamento.

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

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro prolongado”). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

La siguiente tabla muestra lo que paga cuando recibe un suministro prolongado de un medicamento.

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

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Su costo compartido cuando recibe un suministro prolongado de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Costo compartido	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (un suministro de hasta 90 días)
Medicamento genérico	Copago de \$0, \$1.45, \$4.15 o no más del 25% de coaseguro por receta*	Copago de \$0, \$1.45, \$4.15 o no más del 25% de coaseguro por receta*
Todos los demás medicamentos	Copago de \$0, \$4.30, \$10.35 o no más del 25% de coaseguro por receta*	Copago de \$0, \$4.30, \$10.35 o no más del coaseguro del 25% por receta*
	No hay un suministro de largo plazo disponible para los Medicamentos especializados	No hay un suministro de largo plazo disponible para los Medicamentos especializados
*El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda Adicional”		

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales por medicamentos para el año alcancen los \$4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos recetados que usted adquirió alcancen el **límite de \$4,660 para la Etapa de cobertura inicial.**

La EOB de la Parte D que usted recibe le ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Nosotros le informaremos si usted alcanza este monto. Si usted alcanza este monto, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de transición de cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de transición de cobertura

Cuando usted está en la Etapa de transición de cobertura, el Programa de descuento para la transición de cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante para los medicamentos de marca. Debe pagar el 25% del precio negociado y una parte del cargo por despacho por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto que descuenta el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si los hubiera pagado y se pueden pasar a la brecha en la cobertura.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo el monto que usted paga cuenta y le ayuda a salir de la transición de cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que sus pagos anuales de bolsillo alcancen el monto máximo que ha fijado Medicare. Una vez que alcance el monto de \$7,400, abandonará la Etapa de transición de cobertura y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas que determinan qué cuenta y qué *no* cuenta como costos de bolsillo (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted ingresa en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario.

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

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coaseguro, el monto que sea *mayor*:
 - *–o bien–* un coaseguro del 5% del costo del medicamento
 - *–o –* \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico y \$10.35 por todos los otros medicamentos.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no pagó su deducible. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- 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 aplicación de la vacuna**. (Algunas veces esto es llamado “administración” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (por lo que se le está vacunando).

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Se considera que algunas vacunas tienen beneficios médicos. (Consulte la Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted) en el capítulo 4).
- Las demás vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. ¿Dónde obtiene la vacuna?

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

3. ¿Quién le administra la vacuna?

- Un farmacéutico puede aplicar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede aplicarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga al momento de adquirir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la etapa del fármaco en la que se encuentre.

- A veces, cuando uno se vacuna, tiene que pagar todo el costo tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor que le administra la vacuna. Usted puede solicitarle al plan que le pague nuestra parte del costo compartido.
- Otras veces, cuando usted se vacune, solo pagará su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

A continuación, hay tres ejemplos en los que usted podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Se vacuna en la farmacia de la red. (Que usted tenga esta opción depende de dónde vive. En algunos estados no les permiten a las farmacias administrar vacunas).

- Usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted adquiere la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administre.
- Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pagó, menos su copago normal por la vacuna (incluyendo la administración)

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia, luego la lleva al consultorio de su médico para que le administren la vacuna.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Tendrá que pagar a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplica la vacuna, pagará el costo total por este servicio. Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto cargado por el médico por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

¿Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otras oportunidades, puede darse cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba bajo las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede solicitarle a nuestro plan el reembolso (reembolso significa que le “devolvemos” a usted). Usted tiene derecho al reembolso de nuestro plan siempre que haya pagado más que su parte del costo por servicios o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por un monto superior a su parte de gastos compartidos, como se indica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios debieran cubrirse. Si decidimos cubrirlos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted aún tiene derecho a tratamiento.

A continuación, presentamos ejemplos de situaciones en las que es posible que pueda necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió.

1. Cuando se lo atendió de emergencia o urgencia y recibió atención médica de parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o urgentes de cualquier proveedor, sin importar si este pertenece a nuestra red o no. En estos casos,

- Usted solo será responsable del pago de su parte del costo por servicios necesarios de emergencia o urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a ofrecer atención de emergencia. Si usted mismo paga accidentalmente la totalidad del monto al momento en que recibe la atención, solicítenos el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que usted haya realizado.
- Es posible que reciba de parte del proveedor una factura que usted cree que no debe. Envíenos dicha factura junto con la documentación de los pagos que usted ya ha realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted piensa 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 su parte del costo.

- Usted solo debe pagar su monto de los costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, es decir, que le “facturen el saldo”. Esta protección (que usted nunca paga más de su monto de costo compartido) aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que usted reciba de un proveedor de la red una factura que supere lo que usted considera que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de la facturación.
- Si usted ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación que acredite el pago que hizo y solicítenos el reembolso de la diferencia entre el monto pagado y el monto que adeuda conforme al plan.

3. Si se lo inscribe de manera retroactiva en nuestro plan.

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es de carácter retroactivo. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción incluso pudo haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Necesitará presentar documentación como recibos y facturas para que procesemos el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, la farmacia no podrá enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando eso ocurra, usted tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso por nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del capítulo 5.

5. Cuando paga el costo total de su receta porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no obtiene de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, usted tal vez tenga que pagar el costo total de la receta.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso por nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Podría pagar el costo total de una receta si por alguna razón el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* o podría tener un requisito o restricción especial que usted no conocía o no pensaba que aplicaría a su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, tal vez tenga que pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando desee solicitarnos un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico con el fin de pagar la parte que nos corresponde del costo.

Todos los ejemplos que aparecen arriba son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 de este documento para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ya ha recibido

Puede solicitar una devolución al enviarnos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Hacer copias de sus facturas y recibos para sus archivos es una buena idea. **Debe presentarnos su reclamación dentro de los 12 meses** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario; sin embargo, hacerlo nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez. Si elige no usar el formulario, infórmenos su nombre, la fecha del servicio o la fecha en la que se compró el elemento, y el nombre del servicio o elemento por el que busca un reembolso.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.centersplan.com) o puede llamar a Servicios al Miembro y solicitar el formulario.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagos a esta dirección:

Para medicamentos recetados:	Para servicios de hospitalización y ambulatorios:
MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Fax: 858-549-1569 Correo electrónico: Claims@Medimpact.com	Centers Plan for Healthy Living, LLC Attn: Claims Department 75 Vanderbilt Avenue, Suite 700 Staten Island, NY 10304

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1	Revisamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y el monto que adeudamos
--------------------	---

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento deberían estar cubiertos y usted cumplió con todas las reglas, le pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* deberían estar cubiertos o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicativa de las razones por las cuales no estamos enviando el pago y sus derechos de apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión adoptada cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el capítulo 9 de este documento

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

<p>Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera conveniente para usted y que sea consistente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en letras grandes, en otros formatos, etc.).</p>
--

Su plan está obligado a 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 orígenes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes, que están disponibles para responder cualquier pregunta que tengan los miembros que no hablan inglés. Además, podemos brindarle información en Braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Estamos obligados a 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, por favor llame a Servicios al Miembro.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar 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 ir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a especialistas en salud de la mujer o para encontrar a un especialista de la red, llame al Departamento de Reclamos y Apelaciones al 1-877-940-9330 para presentar un reclamo. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red del plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a ir a un médico especialista en mujeres (como un ginecólogo) sin una remisión.

Usted tiene derecho a recibir citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de parte de un especialista cuando lo necesite. Usted también tiene derecho a surtir o volver a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin mayores retrasos.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el capítulo 9 le explica qué hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud tal como lo exigen dichas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en el plan, así como también sus registros médicos y cualquier otra información médica y de salud.
- Tiene derecho a recibir información y controlar la manera en que se utiliza su información médica. Nosotros le entregamos una nota escrita llamada “Aviso de práctica de privacidad”, con información sobre estos derechos y donde se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean o cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos intenciones de darle su información médica a alguien que no le esté brindando un servicio o pagando por sus cuidados, *estamos obligados a obtener previamente un permiso por escrito de su parte*.
- Existen algunas excepciones que no requieren de su permiso previo por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
 - Estamos obligados a suministrar información médica a las agencias del gobierno que estén revisando la calidad de servicio.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información personal de salud, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con estatutos y regulaciones federales. Generalmente, esto requiere que la información que lo identifica únicamente a usted no sea compartida.

Usted puede revisar la información de sus registros y saber si ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver el registro médico que tenemos en el plan y a obtener una copia del mismo. Estamos autorizados para cobrarle una tarifa por realizar las copias. También tiene derecho a solicitarnos agregados o correcciones en sus registros médicos. Si usted nos solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica y decidiremos si los cambios deben efectuarse.

Tiene derecho a conocer cómo se ha compartido la información de su salud con terceros con cualquier finalidad que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios al Miembro.

Sección 1.4	Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de Centers Plan for Nursing Home Care, tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de las condiciones financieras del plan.
- **Información de nuestros proveedores y farmacias de red.** Tiene derecho a que le brindemos información sobre las certificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red, y sobre la forma en que les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al momento de usarla.** Los Capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El capítulo 9 ofrece información para solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El capítulo 9 también ofrece información sobre cómo solicitarnos cambiar una decisión que hayamos tomado, también llamado apelación.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

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

Usted tiene derecho a que sus médicos y otros proveedores de cuidados de la salud le proporcionen información completa. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *en una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar completamente en las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre cuál tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir toda la información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a gestionar los fármacos y hacer uso de sus medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos involucrados en su cuidado. Debe ser notificado con anticipación si alguna propuesta de atención médica o tratamiento médico es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la elección de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otra instalación médica, aún si el médico le recomienda lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacer en caso de que no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no tienen la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismos debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si se encuentra en esa situación. Esto quiere decir que, *si usted lo desea*, puede:

- Llenar un formulario escrito para **otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, si en algún momento no puede tomarlas por sí mismo.
- **Suministrar instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que usted desea que manejen su atención médica, si no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **“instrucciones anticipadas”**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres con que se les conoce. Los documentos llamados

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

“testamento en vida” y “poder legal para atención médica” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea usar una “instrucción anticipada” para dar sus indicaciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada con su abogado, un trabajador social, o algunas tiendas de artículos de oficina. Algunas veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas por parte de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar dónde haya obtenido el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere pedir a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas indicadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que menciona en el formulario como la que tomará las decisiones en su lugar si usted no puede hacerlo. Le recomendamos darle copias a sus familiares o amigos cercanos. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con antelación que va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve consigo una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si usted ha firmado un formulario de instrucción por adelantado y si usted lo tiene a la mano.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucción anticipada (incluso si desea firmarlo cuando esté en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarle por haber firmado o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si sus instrucciones no se toman en cuenta?

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York:

Por correo	New York State Department of Health Office of Professional Medical Conduct Riverview Center 150 Broadway Suite 355 Albany, New York 12204-2719
Por teléfono	<ul style="list-style-type: none">• 1-800-663-6114 - Quejas/Consultas (lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.)• 1-518-402-0836 - Número principal
Por correo electrónico	opmc@health.ny.gov
En línea	www.health.ny.gov/professionals/doctors/conduct

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que volvamos a considerar las decisiones que hayamos tomado

Si tiene problemas, inquietudes o quejas y necesita solicitar cobertura o hacer una apelación, el capítulo 9 de este manual le informa qué debe hacer. Cualquiera que sea la opción que elija (solicitar una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja), **es nuestra obligación tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando?

Si es sobre discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando debido a su raza, discapacidad, religión, género, salud, etnia, 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.

¿Tiene que ver con otra cosa?

Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene:

- Por favor, **llame a Servicios al Miembro.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos.

Existen muchos lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Por favor, **llame a Servicios al Miembro.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede contactar a **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Derechos y Protecciones de Medicare). La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.
 - O también puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Las cosas que necesita hacer como miembro del plan se encuentran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las normas por las que debe regirse para obtener los servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información acerca de lo que está cubierto y las reglas que usted debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Tiene la obligación de informarnos si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico u otra cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Hágale saber a su médico y otros proveedores de servicios médicos que está afiliado a nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores para que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y un seguimiento de su atención médica.**
 - Para que pueda obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes del tratamiento y las instrucciones que usted y su médico acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos, vitaminas y suplementos de venta libre.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude a que el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas lleven a cabo sus labores sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
 - Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para conservar la cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Si usted debe pagar un monto extra para la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe continuar pagando el monto extra directamente al gobierno para permanecer como miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado para poder comunicarnos con usted.
- **Si se muda a un lugar *fuera* del área de servicios de nuestro plan, ya no podrá ser miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, es importante que lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una queja
--

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

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos respetar.

La guía en la sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe usar y le dirá qué hacer.

Sección 1.2 Con respecto a los términos legales.
--

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no le resultan familiares a la mayoría de la gente y pueden ser difíciles de comprender. Para decirlo de manera sencilla, este capítulo:

- Usa palabras más sencillas de determinados términos legales. Por ejemplo, por lo general este capítulo dice “presentar una queja” en vez de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en vez de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También usa abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en ocasiones muy importante) que usted conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada a su situación. Para ayudarle a conocer cuáles términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. 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 obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, puede desear obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, hay dos entidades que pueden ayudarlo con sus necesidades.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros o con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a entender cuál proceso debe seguir para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle asesoría sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede contactar a Medicare para recibir asistencia. Para comunicarse con Medicare:

- Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué procesos debe llevar a cabo para solucionar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La guía que aparece a continuación lo ayudará.

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

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye problemas de si una atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la manera en que aplica la cobertura y los problemas relacionados con el pago de servicios médicos o medicamentos recetados).

Sí.

Consulte la próxima sección de este capítulo, **sección 4, “Guía de conceptos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Pase directamente a la **sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de conceptos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general
--------------------	--

Las decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluso el pago. Este es el proceso que se utiliza para asuntos, tales como si algo está cubierto o no, y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, el médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cuando usted recibe atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura, si su médico tiene dudas sobre si nosotros cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a proporcionarle una atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que usted lo reciba, puede pedirnos que tomemos una

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

decisión de cobertura. En determinadas circunstancias, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo cual significa que no revisaremos la solicitud. Se rechazará la solicitud si, por ejemplo, está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita el retiro de la solicitud. Si rechazamos la solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará el motivo del rechazo y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomaremos una decisión de cobertura siempre que decidamos qué está cubierto y cuánto pagaremos. En algunos casos, pudiéramos decidir que una atención médica o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no los cubre para usted. Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un servicio, y no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de la decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a aquellos que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se le llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para ver si seguimos todas las normas adecuadamente. Luego de completar la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, se rechazará una solicitud de apelación de nivel 1, lo cual significa que no revisaremos la solicitud. Se rechazará la solicitud si, por ejemplo, está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita el retiro de la solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de nivel 1, enviaremos un aviso con los motivos del rechazo y los pasos para solicitar la revisión del rechazo.

Si no desestimamos su caso pero decimos que no a todo o parte de su recurso de nivel 1, puede pasar a un recurso de nivel 2. La apelación de nivel 2 está dirigida por una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2; no es necesario que usted haga nada. En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, tendrá que solicitar una apelación de nivel 2. Los recursos de la Parte D se analizan con más detalle en la sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, puede continuar con niveles adicionales de apelación (la sección 9 en este capítulo explica los procesos de apelación del nivel 3, 4 y 5).

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

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

Estos son recursos si decide solicitarnos cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios al Miembro.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Su médico puede presentar la solicitud en su nombre.** Si su médico le ayuda en una apelación más allá del nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario “Designación de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.centersplan.com).
 - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se niega su apelación en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico o quien le receta 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 o el profesional que receta puede solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede autorizar a alguien para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a una persona para que actúe 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 al Miembro y pida el formulario de "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 www.centersplan.com). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea nombrar como representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar la solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que no lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se descartará. Si sucede esto, le enviaremos un aviso por escrito en donde le explicaremos su derecho de solicitar a una Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

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

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contactar a su abogado de confianza, conseguir el nombre de un abogado del Colegio de Abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le darán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no necesita contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le ofrece detalles para su situación?
--------------------	--

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación cuenta con normas y plazos diferentes, ofrecemos los detalles para 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: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si a su criterio el médico le otorga el alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Solo aplica para estos servicios: servicios de atención médica a domicilio, atención de centros de enfermería especializada y en de centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF)*).

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicios al Miembro. También puede recibir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, tales como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

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

Sección 5.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene algún problema para obtener la cobertura de la atención médica o si desea solicitarnos un reembolso de parte del costo de su atención
--------------------	--

Esta sección trata sobre sus beneficios para servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a la “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye los artículos y servicios médicos, así como los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En estos casos,

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

explicaremos las diferentes entre las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B y las reglas para artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierto tipo de atención médica que desea y considera que está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de salud quiere administrarle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera están cubiertos por el plan, pero nos hemos negado a pagarlos. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que usted considera debieron ser cubiertos por el plan y usted desea solicitarle a nuestro plan que le reembolse por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le informó que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que fue previamente aprobada por nosotros, será reducida o suspendida y usted considera que esa decisión puede afectar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que será suspendida es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención de centros de enfermería especializada o servicios en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), necesita leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se llama **“determinación de la organización”**.

Una “decisión de cobertura rápida” se llama **“determinación expedita”**.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

La “decisión de cobertura estándar” suele tomarse en un plazo de 14 días o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. La **“decisión de cobertura rápida”** suele tomarse en un **plazo de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la**

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

Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Solo puede solicitar la cobertura de la atención médica que aún no ha recibido.
- *Solo puede recibir una decisión de cobertura rápida si el uso de los plazos estándares podrían afectar gravemente su salud o alterar su capacidad para funcionar de forma normal.*
- **Si su médico nos indica que su salud requiere de una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos 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 requiere de una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explique cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar, en vez de una decisión de cobertura rápida.

Paso 2: Pida a nuestro plan una decisión de cobertura o decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos respuesta dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la **Parte B de Medicare**, le responderemos en el plazo de las **72 horas** posteriores a recibir su solicitud.

- Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.

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

- Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja acelerada”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para mayor información sobre las quejas.

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un calendario acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en menos de 72 horas en el caso de que su solicitud sea de un artículo o servicio médico. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en el plazo de 24 horas.

- Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja acelerada”. (Consulte la sección 10 de este capítulo para mayor información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto tomemos la decisión.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a pedirnos una reconsideración de la decisión a través de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si hace una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración”.

Una “apelación rápida” también es llamada “reconsideración expedita”.

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

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” por lo general se hace dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” se hace por lo general dentro de las 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidados que no ha recibido, usted o su médico necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que el estado de su salud requiere una “apelación rápida”, nosotros se la daremos.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida” que se encuentran 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, preséntela por escrito.** También puede llamarnos para solicitar una apelación. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debe solicitar una apelación dentro de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no lo entrega a tiempo y tiene una razón válida para ello, explique el motivo de la tardanza al realizar la apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para apelar. Ejemplos de una buena causa incluyen tener una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden brindar información adicional para apoyar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, observamos detenidamente toda la información. Verificamos para determinar si se siguieron todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos informarle nuestra respuesta dentro de **las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.** Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.

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

- Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si no le damos una respuesta dentro 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al término de dicho período), automáticamente debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una Organización de Revisión Independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente le hará una notificación por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- A las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes, si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja acelerada”. Cuando presente una queja acelerada, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para mayor información sobre las quejas).

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

- Si no le damos una respuesta en el plazo mencionado (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la cual la Organización de Revisión Independiente revisará su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si la respuesta de nuestro plan es negativa de forma total o parcial a su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación 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

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones se le llama “**IRE**” (**Independent Review Entity**).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le llama "expediente del caso". **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si le han otorgado una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá 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 **dentro de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si su solicitud es de un medicamento

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

recetado de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente no podrá tomarse más tiempo para tomar la decisión.

Si en el Nivel 1 tuvo una “apelación estándar”, también la tendrá en el Nivel 2.

- En el caso de la “solicitud estándar”, si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente no podrá tomarse más tiempo para tomar la decisión.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le informará sobre su decisión por escrito y le explicará las razones de esta decisión.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de 72 horas o debemos proporcionarle el servicio dentro de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, disponemos de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, disponemos de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza de forma total o parcial su apelación**, significa que coinciden con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama “sostener la decisión” o “desestimar su apelación”). En este casos, la organización le enviará una carta:
 - Para explicar su decisión
 - Para notificarle el derecho de una apelación de Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de la atención médica debe alcanzar un monto mínimo. En el aviso escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente, se le informará el valor monetario que debe pagar para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Pasos para presentar una apelación de nivel 3:

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más adelante.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la Apelación de Nivel 3. La sección 9 de este capítulo explica el proceso de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?
--------------------	---

El capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo enviarnos la documentación mediante la cual se nos reclama el pago.

Solicitar un reembolso es pedir que tomemos una decisión de cobertura

Si usted nos envía documentación en la que solicita el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es por un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las normas para usar la cobertura de la atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de 60 días calendario de recibir su petición. Si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente a su proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió las normas, no le enviaremos el pago. En vez de hacerlo, le enviaremos una carta donde le explicaremos en detalle que no efectuaremos el pago y las razones correspondientes.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su petición, **puede presentar una apelación**. Si realiza una apelación, significa que nos está solicitando cambiar la decisión de cobertura que hicimos cuando rechazamos su petición de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la sección 5.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con reembolso, tenga en cuenta que:

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

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario desde la fecha en que recibimos su apelación. Si nos está solicitando el reembolso por una atención médica que ya recibió y pagó por su cuenta, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la Organización de Revisión Independiente decide que tenemos que pagar, debemos enviarles el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1	Esta sección explica qué hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para que esté cubierto, se debe usar el medicamento para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Consulte el capítulo 5 para más obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada. Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, por lo general, decimos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez. 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 indica que su receta no puede ser surtida como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D es llamada “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. En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

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

- Solicitar que se cubra un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos*. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que se anule una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.4**
- Pague un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se explica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2	¿Qué es una excepción?
--------------------	-------------------------------

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es llamado algunas veces solicitar una “ excepción al formulario ”.

Solicitar el retiro de una restricción sobre un medicamento cubierto es llamado en ocasiones “ excepción al formulario ”.
--

Si el medicamento no está cubierto en la manera en la que usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos una solicitud de excepción, su médico u otra persona que le recete medicamentos necesitará explicar las razones por las cuales necesita que se apruebe la excepción. Aquí tenemos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos, tendrá que pagar el monto de costo compartido aplicable a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción a la cantidad de gastos compartidos que le exigimos que pague por el medicamento
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicarle una

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

restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago y coaseguro que requerimos que pague por el medicamento.

Sección 6.3 Cosas importantes a saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que le receta medicamentos debe darnos una declaración donde explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información de su médico u otro profesional que le receta medicamentos cuando solicite una excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición particular. Estas diferentes posibilidades reciben el nombre de medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan eficaz como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* le aprobaremos su petición de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud para que realicemos una excepción, normalmente nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando su médico continúe recetando su medicamento y que este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Términos legales

A una “decisión de cobertura rápida” se le llama “**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 en el plazo de **72 horas** después de que recibimos el informe del médico. Las “**Decisiones de cobertura rápida**” se toman en el plazo de **24 horas** después de que recibimos el informe del médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida” Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir que le devuelvan la decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya ha comprado).

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

- Apegarse a los plazos estándar podrían causar daños graves a su salud, o alterar su capacidad para funcionar de forma normal.
- **Si su médico u otro profesional que prescribe nos comunica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le otorgaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o profesional que recete) decidiremos si su salud requiere 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 otro profesional que recete requiere de una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le explica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar, en vez de una decisión de cobertura rápida. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través del sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes escritas, incluso aquella solicitud enviada con el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que recete) o representante pueden hacer esto. También puede optar por un abogado para que sea su representante. La sección 4 de este capítulo informa cómo puede otorgarle autorización escrita a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, debe proporcionar el “informe médico”,** en el que se presentan los argumentos médicos para la excepción. Su médico o quien le recete medicamentos puede enviarnos dicho informe por fax o por correo. O pueden informarnos vía telefónica y luego enviarnos por fax o correo una declaración por escrito si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, debemos informarle nuestra respuesta dentro de **las 24 horas siguientes** a la recepción de su apelación.

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

- En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción del informe de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que usted no ha recibido

- Por lo general, debemos informarle nuestra respuesta dentro de **las 72 horas siguientes** a la recepción de su apelación.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción del informe de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en **un plazo de 14 días calendario** desde la fecha en que recibimos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, también debemos realizar el pago dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.

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

- Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a pedirnos una reconsideración de la decisión a través de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura del medicamento que desea. Si hace una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “redeterminación”.
--

Una “apelación rápida” también se llama una “redeterminación acelerada”.
--

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” por lo general se hace dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” se hace por lo general dentro de las 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de un medicamento que no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que le dé recetas necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico, u otro profesional que receta nos debe contactar para presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas presente la apelación por escrito o llame al 1-877-940-9330.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes escritas,** incluso aquella solicitud enviada con el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS, que está

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

disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe solicitar una apelación dentro de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no lo entrega a tiempo y tiene una razón válida para ello, explique el motivo de la tardanza al realizar la apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para apelar. Ejemplos de una buena causa incluyen tener una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden brindar información adicional para apoyar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información sobre su petición de cobertura. Verificamos para determinar si se siguieron todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que prescribe para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos informarle nuestra respuesta dentro de **las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.** Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Fechas límite para una apelación “estándar” sobre un medicamento que no ha recibido aún

- A las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si usted no ha recibido aún el medicamento y su afección médica lo requiere.
 - Si no le damos nuestra decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo necesite, pero no después de los **7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Fechas límite para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en **un plazo de 14 días calendario** desde la fecha en que recibimos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud,** también debemos realizar el pago dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere seguir con el proceso de apelaciones y realizar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación ingresará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones se le llama “ IRE ” (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: Usted, su representante, su médico u otro profesional que le recete medicamentos debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la nota escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo contactar a 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 gestión de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le llama "expediente del caso". **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización está de acuerdo con darle una “apelación rápida”, debe darle respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** después de la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de 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 **dentro de 14 días calendario** después de recibir su apelación.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a lo que solicitó,** debemos proveer la cobertura del medicamento que

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

aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

Para “apelaciones estándar”:

- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a su solicitud de cobertura, debemos proveer la cobertura del medicamento** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente de forma total o parcial a su solicitud de pago** por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviar el pago dentro de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa **de forma total o parcial** para su solicitud, significa que ellos están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se le llama “rechazar su apelación”). En estos casos, la organización le enviará una carta:

- Para explicar su decisión.
- Para notificarle el derecho de una apelación de Nivel 3, el valor monetario de la cobertura del medicamento que está solicitando debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura de medicamento que usted solicita es demasiado bajo, usted no puede realizar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Para informarle el valor monetario que debe disputar para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más adelante.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total).
- Si desea avanzar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la Apelación de Nivel 3. La sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si a su criterio el médico le otorga el alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos del hospital que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que sea dado de alta. Ayudarán a programar los cuidados que podría necesitar después de salir del hospital.

- El día que deja el hospital se denomina la “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital le informarán.
- Si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto, puede solicitar una estadía mayor en el hospital y su solicitud será considerada.

<p>Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa acerca de sus derechos</p>
--

Dentro de los dos días de su ingreso en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso, Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o el personal de enfermería), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicios al Miembro o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si tiene dudas. Le indica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Su derecho a conocer dichos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a ser involucrado en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a solicitar una revisión inmediata de la decisión de su alta si piensa que le están dando el alta del hospital muy pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso de la fecha de su alta para que cubramos su atención en el hospital por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Al firmar el aviso, *solo* se demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no le informa su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está aceptando una fecha de alta.

3. Conserve una copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, obtendrá otra copia antes de que se le dé el alta.
- Si desea consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al Miembro o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede leer la notificación en línea en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices>.

Sección 7.2

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar la cobertura de servicios de hospitalización por un período más prolongado, necesitará seguir el proceso de apelaciones para hacer esta petición. Antes de comenzar, comprenda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro. O comuníquese con el Programa Estatal de

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

Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta corrobora si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagado por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y los números telefónicos de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para realizar su apelación, debe contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **no después de la medianoche del día del alta programada.**
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera obtener la decisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *usted podría tener que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si se vence su plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la sección 7.4.

Una vez que solicite la revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con usted. Antes del mediodía del día siguiente al que seamos contactados, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso indica su fecha de alta planificada y se explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos (médicamente apropiado) su alta para esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios al Miembro o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los

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

usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede leer una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud en la Organización de Mejoramiento de la Calidad (“los analistas”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de sus servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los analistas también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les demos.
- Al mediodía del día siguiente al que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito donde se indicará su fecha programada de alta. Además, en este aviso se explica además en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos (médicamente apropiado) su alta para esa fecha.

Paso 3: Un día después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión da una respuesta *afirmativa*, **debemos seguir proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado por el tiempo que los servicios sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización responde *negativamente*, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cesará** al mediodía del día *siguiente* al que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta sobre su apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer en el hospital, entonces **tendrá que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día siguiente de recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad respondió *negativamente* a su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede

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

presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que ingresará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta planificada.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los analistas de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los analistas tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán la misma.

Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día siguiente a la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización de Mejoramiento de la Calidad. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión da una respuesta negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. A esto se le llama “sostener la decisión”.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si decide continuar con el proceso de revisión.

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

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted debe decidir si desea pasar al siguiente nivel de apelación, el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la Apelación de Nivel 3. La sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “revisión acelerada”.
--

En ese caso, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente a fin de iniciar la apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si emplea esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada, verificando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

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

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber solicitado una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con que usted aún necesita permanecer en el hospital luego de la fecha de alta. Seguiremos proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado por el tiempo que los servicios sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización finaliza a partir del día en que indicamos que terminaría.
 - Si usted permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de dicha fecha de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación *alternativa* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones se le llama “ IRE ” (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Pasaremos automáticamente su caso 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 24 horas de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La sección 10 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los analistas le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.

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

- Si esta organización **acepta su apelación**, entonces debemos devolverle el dinero de nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió en el hospital desde su fecha de alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan para sus servicios de hospitalización durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que podríamos reembolsar o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- Si esta organización **rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con que la fecha de alta del hospital programada era médicamente apropiada.
 - La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado litigante.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (cinco niveles de apelación en total). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide entre aceptar la decisión o avanzar hacia una apelación de Nivel 3.
- La sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 ¿Cómo solicitar que le sigamos brindando cobertura para ciertos servicios médicos si cree que la misma finaliza muy pronto?

Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo sobre tres servicios: Atención médica a domicilio, atención de centros de enfermería especializada y servicios en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)</i>
--------------------	---

Cuando usted está recibiendo **servicios de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro ambulatorio de rehabilitación integral)**, tiene derecho a continuar recibiendo cobertura de sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la misma sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Se nos requiere que le comuniquemos con anticipación cuando decidamos que es tiempo de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención para usted. Cuando finalice la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su cuidado.*

Si usted considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo presentar una apelación.

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

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuándo finaliza su cobertura

Términos legales

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le informa cómo puede solicitar una **“apelación acelerada”**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo finalizar su atención.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. El aviso le indica:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
 - Cómo solicitar una “apelación acelerada” para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso escrito que muestre que lo recibió.** Al firmar el aviso, *solo* se demuestra que usted ha recibido la información acerca de cuándo finalizará su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer dicha solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de conclusión de su atención si es medicamento adecuado.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en salud pagado por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar 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.

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

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (Aviso de no cobertura de Medicare) le informa cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y los números telefónicos de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **hasta el mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence su plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta manera alternativa de presentar su apelación, consulte la sección 8.5.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales
“ Explicación detallada de no cobertura ”. Aviso que brinda detalles sobre el motivos de la suspensión de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización de Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que la cobertura de sus servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y revisará la información entregada por nuestro plan.
- Hacia el final del día, los revisores nos informan de su apelación, y le enviaremos **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestros motivos para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

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

Paso 3: Un día después de tener toda la información necesaria, los analistas le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores aprueban su apelación?

- Si los analistas *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si aplican). Puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos.

¿Qué ocurre si los revisores rechazan su apelación?

- Si los analistas la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo la atención médica a domicilio, o atención de centros de enfermería especializada, o servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total de esta atención** por su propia cuenta.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si los analistas *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, entonces 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 por más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, o atención de centros de enfermería especializada o servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

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

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los analistas de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los analistas tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán la misma.

¿Qué ocurre si la organización revisora aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si decide continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, la cual es manejada por un juez de derecho administrativo o por un abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted debe decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea avanzar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la Apelación de Nivel 3. La sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En ese caso, puede apelar ante nosotros

Tal como se explicó anteriormente, usted debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (en el lapso de uno o dos días, como mucho). Si se le vence el plazo para comunicarse con la organización, hay

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

otra forma de presentar su apelación. Si emplea esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de Nivel 1

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina una “revisión acelerada”.

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos acerca de cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber solicitado una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos, por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si usted continuó recibiendo atención médica a domicilio, atención de centros de enfermería especializada o servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF) *después* de la fecha que dijimos que finalizaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones se le llama “**IRE**” (**Independent Review Entity**).

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

Paso a paso: Proceso de Apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** evalúa la decisión que tomamos sobre su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión debe ser cambiada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Pasamos automáticamente su caso 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 24 horas de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La sección 10 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los analistas le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos devolverle el dinero de nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en indicamos que su cobertura finalizaría. También debemos continuar cubriendo su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que podríamos reembolsar o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó en su primera apelación y no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba de la organización de revisión independiente le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea avanzar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 será revisada por un juez administrativo o por un abogado litigante. La sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos
--------------------	--

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, no puede continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo hacer una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se explica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado litigante aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizarle o proporcionarle el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado litigante.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado litigante rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno Federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, nosotros le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si el reglamento le permite continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar o rechazar* su solicitud. Ésta es una respuesta final. No hay más niveles de apelaciones después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado cumple con cierta cantidad monetaria, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad monetaria es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se explica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno Federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde negativamente a su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, el aviso le informará si las normas le permiten continuar a una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer a continuación si usted decide continuar 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 *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Ésta es una respuesta final. No hay más niveles de apelaciones después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. Aquí encontrará ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está conforme con nuestros Servicios al Miembro? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿He esperado mucho a Servicios al Miembro u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, o cuando surte una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o la condición de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le entregamos un aviso necesario? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?

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

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>S solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solicitó que le brindemos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y la rechazamos, puede presentar una queja.• Considera que no cumplimos con los plazos de decisiones de cobertura o apelaciones que haya hecho, puede presentar una queja.• Considera que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolsos de servicios médicos o medicamentos aprobados; puede presentar una queja.• Considera que no cumplimos con los plazos necesarios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una “queja” también se conoce como “reclamo”.
- “Presentar una queja” también se conoce como “hacer un reclamo”.
- “Usar el proceso para quejas” es “usar el proceso para hacer un reclamo”.
- Una “queja rápida” también se conoce como “reclamo acelerado”.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios al Miembro es el primer paso.** Si hay algo más que usted debe hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede enviar su queja por escrito.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

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

- Si tiene alguna queja, usted o su representante puede llamar a Servicios al Miembro para presentar una queja/reclamo. Si el Representante de Servicios al Miembro no puede resolver su queja o reclamo al final de la llamada, puede presentar una queja formal o un reclamo que se enviará al Departamento de Reclamos y Apelaciones para su investigación.

Le responderemos por escrito si solicita una respuesta por escrito, si presenta una queja por escrito/reclamo o si su queja está relacionada con la calidad de la atención.

Debemos abordar su queja o reclamo con la rapidez que su caso lo requiera basándonos en su condición de salud, pero no posterior a 30 días calendario tras la recepción de su queja. Podemos extender el período por hasta 14 días calendario si solicita una extensión o si necesitamos información adicional y la demora es en su beneficio.

En algunos casos, tiene derecho a solicitar una queja o reclamo acelerado si rechazamos su solicitud para una determinación acelerada de una organización o una redeterminación/apelación acelerada, responderemos a su solicitud de queja/reclamo dentro de las siguientes 24 horas. También tiene derecho a un reclamo acelerado si decidimos ampliar el periodo de revisión de una determinación de la organización o de una apelación y usted no está de acuerdo con la ampliación.

- La **fecha límite** para presentar una queja es 60 días calendario de haber tenido el problema que origina la queja.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de un período de 30 días calendario.** Si necesitamos información adicional, y la demora es beneficiosa para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, le daremos automáticamente una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte de su queja, o con la totalidad de ella, o no asumimos la responsabilidad del problema por el cual usted presenta la queja, incluiremos los motivos en nuestra respuesta.

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

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad* de la atención, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.** La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica en ejercicio que son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O bien

- **O puede presentar su queja tanto ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede comunicarle su queja a Medicare

Puede enviar una queja sobre Centers Plan for Nursing Home Care directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY/TTY pueden llamar 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelar su membresía del plan

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La terminación de su membresía en Centers Plan for Nursing Home Care puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Podría dejar nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 ofrecen información sobre cómo cancelar voluntariamente su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a finalizar su membresía. La sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, o nuestro plan debe seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su costo compartido hasta que su membresía finalice.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía con nuestro plan?

Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía en cualquier momento
--------------------	--

Puede terminar su membresía con Centers Plan for Nursing Home Care en cualquier momento.

- Debido a que vive en una residencia geriátrica, puede terminar su membresía con Centers Plan for Nursing Home Care en cualquier momento.
- Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir entre cualquiera de los siguientes tipos de planes:
- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos de venta bajo receta.
- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado excluirse de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Su **membresía por lo general finalizará** el primer día del mes posterior al que se recibe su solicitud de cambio de plan.

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en el plan

Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta con respecto a finalizar su membresía, usted puede:

- **Llamar a Servicios al Miembro.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2023*.
- Contacte a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribese en el nuevo plan médico de Medicare.• Cuando comience la cobertura de su plan nuevo, su inscripción en Centers Plan for Nursing Home Care se dará de baja automáticamente.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.• Cuando comience la cobertura de su plan nuevo, su inscripción en Centers Plan for Nursing Home Care se dará de baja automáticamente.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.• También puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se le dará de baja de Centers Plan for Nursing Home Care (HMO SNP) cuando comience su cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe continuar recibiendo sus servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que su membresía finalice, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Usted debe utilizar las farmacias de nuestra red o el correo electrónico para obtener sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Centers Plan for Nursing Home Care debe terminar su membresía con el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?
--

Centers Plan for Nursing Home Care debe terminar su membresía con el plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios al Miembro para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
 - Si ya no vive en uno de los centros contratados por Centers Plan for Nursing Home Care, debe cancelar su membresía o cambiarse a uno de los centros enumerados en nuestro Directorio de proveedores.
- Si es encarcelado (va a la cárcel).
- Si no es más un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene una condición lícita en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que brinde cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en el plan

hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare previamente).

- Si continuamente se comporta de una manera que sea perjudicial y dificulta que le proporcionemos atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare previamente).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare previamente).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si se le exige pagar el monto extra de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía llame a Servicios al Miembro.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Centers Plan for Nursing Home Care no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía de nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

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 regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la no discriminación

No discriminamos en función de la raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, 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 obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley para la Atención Médica Asequible y todas las otras leyes que apliquen para organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley o norma que aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, 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 su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/oct/index>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, tal como problemas de acceso con silla de ruedas, en Servicios al Miembro pueden ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS en el título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales, Centers Plan for Nursing Home Care, como una Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce el Secretario bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la Parte 411 del título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección, las cuales sustituyen cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una institución que funciona exclusivamente con el fin de proveer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de Inscripción Anual: el período del 15 de Octubre al 7 de Diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago por servicios o medicamentos que ya usted recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente por encima del monto permitido para el costo compartido del plan. Como miembro de Centers Plan for Nursing Home Care, solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o le cobren más de la cantidad del costo compartido que su plan le indica que debe pagar.

Periodo de beneficios: el modo en que tanto nuestro plan como Original Medicare mide su uso de servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún servicio de hospitalización (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios finalizó, un nuevo período de beneficios comienza. No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coaseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan pagado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Plan para Necesidades Especiales de Atención Crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas específicas severas o incapacitantes, definidas en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que vayan más allá de la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y de la coordinación de la atención que se exige a todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage, a fin de recibir la designación especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción previstas para los C-SNP.

Coaseguro: es la cantidad que puede tener que pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. También incluye quejas en caso de que su plan no respete los tiempos en el proceso de apelación.

Centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF): una instalación que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente del hogar.

Copago: un monto que quizás deba pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: costos compartidos se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto de deducible que pueda imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que exija un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que exija un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado es cubierto por el plan y el monto, de haberlo, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este manual.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que son cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando son elegibles para Medicare, por lo general pueden mantener esa cobertura sin pagar ninguna multa, si después deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado supervisado: es un servicio personal prestado en un hogar de reposo, cuidados paliativos o en otras instalaciones cuando usted no necesita atención médica especializada o cuidados de enfermería especializada. La atención supervisada, proporcionada por personas que no tienen experiencia o capacitación profesional, incluye la ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse, y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención supervisada.

Tasa diaria de costo compartido: se puede aplicar una “tasa diaria de costo compartido” cuando el médico le receta un suministro por menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago, dividido entre el número de días con base en el suministro de un mes. Aquí se presenta un ejemplo: Si su copago para un mes de suministro de un medicamento es de \$30, y un mes de suministro en su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de costo compartido” es \$1 por día.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Desafiliar o Desafiliación: el proceso de poner fin a su membresía en nuestro plan.

Tarifa de surtido: un cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtido de una receta; como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Planes para Necesidades Especiales de elegibilidad doble (D-SNP): D-SNP inscribe personas que tienen tanto derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que es ordenado por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son: andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones a electricidad, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital encargadas por un proveedor para ser usadas en casa.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, pérdida de un niño por nacer), pérdida de una extremidad o función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Cuidados de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) y Declaración informativa: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explique su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o recibir un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recomendados a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare o estatal para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration, FDA), que tiene el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona tan bien como un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

Reclamo: tipo de queja que realiza sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo quejas acerca de la calidad de su atención. Esto no implica controversias sobre cobertura o pago.

Asistencia de salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Cuidados paliativos: Un beneficio que brinda tratamiento especial a un miembro que ha sido médicamente certificado como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos disponibles en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente para recibir los servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un “paciente ambulatorio”.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) : si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5% de los beneficiarios de Medicare se ve afectado, por lo que la mayoría de la gente no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de medicamentos, incluyendo los importes que haya pagado y lo que su plan haya pagado en su nombre para el año, hayan alcanzado los \$4,660.

Período inicial de inscripción: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare al cumplir 65 años, su período inicial de inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años de edad, e incluye el mes en que cumple los 65, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple los 65.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente por 90 días o más en un centro de cuidado prolongado (LTC). Estas instalaciones LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF); centro de enfermería (nursing facility, NF); (SNF/NF); un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por CMS que brindan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un Plan Institucional para Necesidades Especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser dueño y operar) las instalaciones LTC específicas.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Plan Institucional Equivalente para Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar utilizando el mismo nivel estatal respectivo para la herramienta de evaluación de cuidado y debe ser administrado por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro contratado de vida asistida (*Assisted living facility*, ALF), si fuese necesario, para asegurar la prestación uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): consulte el apartado “Ayuda Adicional”.

Monto máximo de costos de bolsillo: lo máximo que paga de su propio bolsillo durante el año calendario, por servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por sus primas del plan, por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos recetados, no se cuentan como parte del monto máximo de costos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos o respaldado por cierta documentación de referencia.

Medicamento necesario: se refiere a los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: un periodo establecido desde el 1 de Enero al 31 de Marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción del plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si opta por cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses luego de que una persona es elegible para Medicare.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proveerle todos sus beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser: i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan Privado de tarifa por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), o iv) un plan 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 para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Medicare Advantage Plans with Prescription Drug Coverage**.

Plan de costos de Medicare: un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos según la sección 1876 (h) de la Ley.

Programa de descuento para la transición de cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de transición de cobertura y que no estén recibiendo la “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte 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.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y de la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare Cost, planes para Necesidades Especiales y los Programas de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro complementario de Medicare): un seguro complementario de Medicare que compañías privadas de seguros venden para cubrir las “brechas” en Original Medicare. Las pólizas de Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan, o “Miembro del Plan”): una persona con Medicare que califica para obtener los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan encargado de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que realiza un contrato con nuestro plan y donde nuestros miembros pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se realizan en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los “**proveedores de la red**” tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la Organización: una determinación que adopta nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare “pago por servicio”): el gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren al pagar montos establecidos por el Congreso a los médicos, hospitales y a otros proveedores de atención médica. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Proveedores fuera de la red o centros fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen o no se encuentran operados por nuestro plan.

Costos de bolsillo: consulte la definición anterior para “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costo de “bolsillo”.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Plan PACE: un plan del Programa de Cuidados Integrales para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC) para personas frágiles, que ayudan a las personas a permanecer independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) durante el tiempo que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “Medicare Advantage (MA) Plan”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. Podríamos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas de la cobertura de medicamentos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben ser cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto añadido a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare, si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de parte de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será más elevado cuando se reciben beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre la suma total de sus costos de bolsillo por servicios tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): es el médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Prótesis y ortopedia: Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral o parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica en ejercicio que son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden estar en el costo del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio : un área geográfica en la que debe vivir para suscribirse a un plan médico determinado. Para aquellos planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede consultar, también suele ser el área donde puede obtener sus servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Cuidados de un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y cuidados especializados de enfermería que se proporcionan de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Período Especial de Inscripción: un período de tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. Las situaciones en las cuales puede ser elegible para un Periodo Especial de Inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de atención, si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más centrada para grupos específicos de personas, tales como aquellas que tienen tanto Medicaid como Medicare, que residen en un hogar de reposo y que padecen determinadas afecciones médicas crónicas.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es el costo compartido distinto al costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Ingreso suplementario de seguridad (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: son 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 el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

Servicios al Miembro de Centers Plan for Nursing Home Care

Método	Servicios al Miembro: Información de contacto
LLAME AL	1-877-940-9330 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los Servicios al Miembro también cuentan con servicios de interpretación gratuitos, disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nos encontramos disponibles los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
FAX	1-347-505-7095
ESCRIBA A	Centers Plan for Healthy Living 75 Vanderbilt Avenue Suite 700 Staten Island, NY 10304
SITIO WEB	www.centersplan.com

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) (SHIP en New York)

El Programa de información, asesoramiento y asistencia en seguros médicos es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindarles asesoría gratuita sobre los seguros médicos locales a las personas beneficiarias de Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
TTY	711
ESCRIBA A	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program State of New York Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223-1251
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Declaración de divulgación de la PRA: En conformidad con la Ley de la Reducción de Trámites (*Paperwork Reduction Act, PRA*) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (*Office of Management and Budget, OMB*). El número de control válido de la OMB para tal recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850



Para obtener más información o para inscribirse llame al 1-877-940-9330 (sin costo).

Los usuarios con TTY pueden llamar al 711 los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

MemberServices@centersplan.com

www.centersplan.com/isnp